



RRPS/AOC - SPRN/WCA

Réseau de Recherche sur les Politiques Sociales
en Afrique de l'Ouest et du Centre

Social Policy
Research Network
for West and Central Africa

LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO

ÉLÉMENTS POUR UN PLAN D'ACTION EN VUE D'UNE GESTION PROSPECTIVE

Mamadou SISSOKO et al.

Études et Travaux du Réseau RPS/AOC n°4

Mai 1999



Centre de Recherches pour le Développement International
Bureau Régional pour l'Afrique Centrale et Occidentale
Avenue Cheikh Anta Diop - B.P. 11007 CD Annexe DAKAR, Sénégal

**ARC HIV
113723**

LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO

ÉLÉMENTS POUR UN PLAN D'ACTION EN VUE D'UNE GESTION PROSPECTIVE

Mamadou SISSOKO et al.

Études et Travaux du Réseau RPS/AOC n°4

Mai 1999

12182

LES AUTEURS

Amadé BADINI, Spécialiste en sciences de l'éducation, Université de
Ouagadougou

Boureima OUÉDRAOGO, Sociologue, Université de Ouagadougou

Mamadou SISSOKO, Coordonnateur National du Réseau RPS/AOC

Abdoulaye TRAORÉ, Médecin, Université de Ouagadougou

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	page 8
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE	page 9
LA PROTECTION SOCIALE COMME FONDEMENT DES POLITIQUES SOCIALES.....	page 9
UNE HYPOTHÈSE : UN SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE INADÉQUAT	page 12
CHAPITRE 2 : LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO, ÉTUDE DE CAS.....	page 15
LA SANTÉ.....	page 15
Les politiques de santé.....	page 15
Le système de santé	page 19
L'état sanitaire des populations.....	page 26
L'ÉDUCATION	page 30
Les politiques d'éducation.....	page 31
Le système de l'éducation de base	page 33
EMPLOI ET SÉCURITÉ SOCIALE.....	page 43
L'emploi.....	page 43
La sécurité sociale et son dispositif institutionnel	page 45
CHAPITRE 3 : REPENSER L'ÉTAT SOCIAL	page 49
PROTECTION SOCIALE ET DÉMOCRATE	page 49
SE FONDER SUR LES RÉALITÉS NATIONALES	page 56
CONCLUSION	page 60
LISTE DES TABLEAUX.....	page 61
BIBLIOGRAPHIE.....	page 62

INTRODUCTION

Quelles politiques sociales au Burkina Faso ? Telle fut la question autour de laquelle s'est réuni en mai 1996 le premier forum sur les politiques sociales au Burkina Faso. Cette rencontre de concertation à laquelle ont pris part des chercheurs, des décideurs politiques et des représentants de la société civile a, après des échanges sur les politiques et les programmes en cours, recommandé d'approfondir la réflexion dans le cadre d'une étude exploratoire sur un thème fédérateur. La protection sociale au Burkina Faso - éléments pour un plan d'action en vue d'une gestion prospective. La protection sociale ne constitue-t-elle pas en effet le fondement même des politiques sociales dans la mesure où ces politiques ont pour finalité d'assurer la protection sociale de l'ensemble de la population ? La notion de protection sociale est de toute évidence consubstantielle aux politiques sociales.

La principale question de recherche de la présente étude est par conséquent la suivante : dans quelle mesure les différentes politiques de protection sociale menées au Burkina Faso sont-elles en adéquation avec les réalités économiques, sociales et culturelles du pays ? Mais la recherche sur l'adéquation des politiques de protection sociale se présente comme un travail d'analyse et d'évaluation non seulement de celles menées par l'État mais également de celles émergeant de la société civile et de celles secrétées par les solidarités "communautaires" qui trouvent actuellement dans le champ de l'informel de nouvelles formes de relais ou de recomposition. En raison cependant de la diversité et de la complexité des politiques de protection sociale, la présente étude se concentre sur les composantes essentielles suivantes : la santé ; l'éducation de base ; l'emploi et la sécurité sociale. L'examen de ces composantes devrait permettre de voir dans quelle mesure les politiques mises en oeuvre sont en adéquation avec les réalités du pays et d'engager, le cas échéant, la réflexion sur la conception de politiques sociales adaptées à la situation spécifique du pays.

La première partie de l'étude pose la problématique générale de la protection sociale tandis que la deuxième examine à titre illustratif ces composantes majeures des politiques mises en oeuvre. A partir de ce diagnostic général, la troisième partie ouvre des perspectives susceptibles d'améliorer les systèmes de protection sociale au Burkina.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

LA PROTECTION SOCIALE COMME FONDEMENT DES POLITIQUES SOCIALES

La protection sociale est un sujet de préoccupation transversal du point de vue des politiques sociales, en ce sens qu'il s'agit de la protection contre de nombreux risques sociaux auxquels sont exposés les populations rurales et urbaines, les hommes et les femmes, les vieux et les jeunes, les salariés et les non-salariés et en particulier certains groupes caractérisés par la vulnérabilité, la précarité ou la pauvreté. Les risques sociaux contre lesquels les personnes dans ces différentes situations doivent être protégées sont de plusieurs ordres. Au Burkina-Faso, seuls les employés du secteur formel sont légalement reconnus comme pouvant bénéficier de la protection sociale et ce contre les risques suivants : maladie, accident, vieillesse impécunieuse, instabilité de l'emploi, accident de travail, absence ou faiblesse de protection syndicale. Mais en fait, ne conviendrait-il pas d'élargir l'éventail de la population exposée à ces risques, du moins à la plupart d'entre eux (la maladie, l'accident de travail, la vieillesse impécunieuse) qui sont également encourus par les travailleurs du secteur informel et les paysans ? Ne faudrait-il pas par ailleurs, élargir le spectre même des risques sociaux à l'analphabétisme, la mauvaise qualité du cadre de vie etc...

Comme on le constate, la protection sociale peut être entendue dans un sens beaucoup plus large que celui en vigueur au Burkina aussi bien en termes d'éventail des risques encourus et des catégories de la population à couvrir que des acteurs devant intervenir dans la promotion de cette protection sociale. Cet élargissement souhaité du spectre des risques répond au souci de dépasser l'économisme qui réduit la pauvreté à sa dimension monétaire et de prendre en compte les dimensions sociales, politiques et culturelles de l'existence humaine. De ce point de vue, l'élaboration de l'Indice de Développement Humain (IDH) par le PNUD constitue une avancée notable dans la mesure où, en plus du revenu mesuré en PIB/h, celui-ci prend en compte d'autres indicateurs relatifs à l'éducation et à la santé et de ce fait à tous leurs déterminants. Malgré le caractère assez composite de cet indice, certains auteurs vont d'ailleurs jusqu'à proposer qu'on y intègre d'autres indicateurs, notamment ceux qui traduisent autant de risques contre lesquels la protection sociale s'avère tout aussi nécessaire notamment dans les pays en voie de développement : liberté politique, liberté économique, liberté religieuse, droits de la personne, qualité de l'environnement. Quant à l'éventail des bénéficiaires de la protection sociale, il doit toucher toutes les couches de la société : travailleurs du secteur formel et leurs familles mais aussi ceux, beaucoup plus nombreux, ne relevant pas de ce secteur et

qui en sont actuellement formellement exclus. Mieux, la protection sociale devrait concerner de façon prioritaire les groupes vulnérables (handicapés, chômeurs, femmes, enfants, retraités etc.).

Certes, les politiques de protection sociale se réfèrent au rôle particulier de l'État dans la coordination, la gestion et la planification des actions selon des objectifs généraux qu'il s'est fixés. Mais l'élargissement de l'éventail de la population à protéger et de celui des risques à couvrir nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs institutionnels qu'on peut répartir en trois grandes catégories : l'État avec ses services administratifs spécialisés en la matière ; certaines institutions de la société civile (associations et ONG); et les communautés de base au sein desquelles se jouent d'importantes solidarités familiales et communautaires. Cet élargissement suppose des choix politiques clairs et devrait être au centre des préoccupations du législateur, du décideur politique, du réformateur social, en termes plus clairs du praticien de la bonne gouvernance. Afin d'en garantir le succès, ces choix devraient cependant être faits à partir des réalités nationales comme l'affirme A.COMTE : la connaissance des "réalités historiques se jouant dans les profondeurs des sociétés" est la condition d'une "application politique appropriée" (COMTE, 1970). Un travail préalable d'analyse et d'évaluation des politiques en cours, intégrant l'observation des structures et réalités nationales, s'avère donc nécessaire ; et il s'agit en particulier d'apprécier l'adéquation des politiques par rapport aux réalités économiques, politiques, sociales et culturelles de chaque moment de l'histoire du pays.

De ce point de vue, la périodisation de J.Ph. PEEMANS et al. a été retenue avec quelques adaptations temporelles selon les cas parce qu'elle permet le mieux : de suivre l'évolution des théories du développement et des concepts liés aux différentes dimensions du développement (politique, économique, social et culturel) ; et de voir le lien que les différents corps de concepts entretiennent avec le champ théorique global qui caractérise chaque période historique (J. Ph. PEEMANS et al., 1995).

Trois grandes périodes peuvent être ainsi différenciées :

- la période 1950-1965 qui est celle de l'élaboration des premières grandes théorisations du développement, avec la prépondérance de l'approche des modernisations, fondée essentiellement sur le modèle de ROSTOW ;
- la période 1965-1980 marquée par la crise de la théorie des modernisations et qui correspond à celle de l'internationalisation de l'économie et de la redéfinition du rôle de l'État dans le processus du développement ;
- la période allant de 1980 à nos jours, qui est celle de la crise du concept même du

développement, de la résurgence de la question de l'ethnicité, de la crise de l'État, et de la recherche de "meilleurs" rapports entre le politique et le marché.

Cette périodisation est d'autant plus pertinente que le problème actuel est celui d'un contexte général difficile et inquiétant d'un continent africain en déroute sur tous les plans. Depuis le début des années 1990, les points de vue sur le continent africain sont en effet de plus en plus misérabilistes, pessimistes, voire apocalyptiques. Comme par hasard, le chiffre 7 qui dénombre les fléaux qui s'empareront de l'humanité, selon l'apocalypse de St. Jean, correspond grosso modo au nombre des fléaux qui minent actuellement l'Afrique :

1er : l'éviction de l'Afrique du commerce international

2ème : la faillite de l'agriculture africaine

3ème : l'explosion des villes africaines avec son cortège de pauvreté, de délinquance, de violence etc.

4ème : la dégradation de l'état sanitaire du continent marqué par le retour tragique des grandes endémies ou pandémies

5ème : la crise démographique caractérisée par une forte croissance démographique

6ème : la crise de l'enseignement avec un taux d'analphabétisme élevé

7ème : la crise ethnique qui semble marquer le retour aux guerres tribales d'avant la colonisation. (LUGAN 1995)

Les tableaux du continent sont plus sombres les uns que les autres : continent à la dérive, en proie aux calamités les plus inouïes (calamités environnementale, démographique, économique et financière, etc.). On pourrait croire à un effet d'amplification produit au sein de l'opinion de la communauté internationale par les médias gagnés à la mode de l'afropessimisme. Mais lorsque le monde académique lui-même s'en mêle, on a de solides raisons d'être inquiet. Une revue de l'Université française a consacré un numéro spécial à l'Afrique et au thème de la malédiction ; ce numéro pose la question de savoir si le continent, après avoir été "le berceau de l'humanité" n'était pas en passe de devenir "le tombeau de l'humanité" (CAHIERS d'ÉTUDES AFRICAINES, 1991). Un an plus tard, une autre revue dressait un bilan qui laissait au lecteur non seulement le sentiment trouble que le développement (du

moins ce qu'on désigne par ce concept) n'y est plus de mise, mais encore l'impres-
sion plus redoutable qu'on est au bout de tous les efforts intellectuels, politiques et
matériels déployés depuis un demi-siècle pour penser, appliquer, corriger, ajuster,
rectifier le développement (L'ANNÉE SOCIOLOGIQUE, 1992).

Qu'en est-il au Burkina Faso, l'un des pays les plus démunis d'un des continents les
plus frappés par la pauvreté ? Au Burkina Faso, déséquilibres environnementaux,
faibles performances agricoles et déséquilibres financiers, budgétaires et structurels
se sont conjugués pour donner lieu à une situation économique et sociale à l'image
de celle du continent. En dépit des progrès enregistrés, les niveaux des indicateurs
économiques et sociaux y restent des plus préoccupants :

- taux de mortalité infantile élevé (93,7 pour mille en 1991) ;
- taux de mortalité maternelle élevé (556 pour 100 000 naissances vivantes en 1995) ;
- Faible espérance de vie (52,2 ans en 1996) ;
- persistance d'endémies et d'épidémies multiples (paludisme, rougeole, méningite
cérébrospinale, choléra) ;
- fort taux d'analphabétisme (77,8% en 1994) ;
- pauvreté quasi-endémique touchant près de la moitié des Burkinabé (44,5%) qui
vivent au-dessous du seuil national fixé à quelque 700\$ par an et par adulte.

Pourquoi une telle situation prévaut-elle dans ce pays ? Comment y est-on parvenu ?
Quels facteurs ont-ils rendu les politiques mises en œuvre si peu performantes ?

UNE HYPOTHÈSE, UN SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE INADÉQUAT

L'hypothèse générale est celle d'une inadéquation des politiques aux structures et
habitudes sociales. En effet, on est en droit de se demander si la situation économique
et sociale dans laquelle se trouve le pays n'est pas la conséquence de la crise d'un
État hérité de la colonisation et dont l'action repose sur des théories de développement
et des paradigmes sociétaux en porte-à-Faux avec les réalités nationales. Cette question
suggère qu'on interpelle l'État : sa nature, ses modes d'accumulation, la conception
et la pratique du pouvoir par ses élites dirigeantes, ses visions de la société et son
rôle, etc. Elle s'inscrit dans une perspective historique, permettant de dégager les
ruptures et les continuités, et de comprendre les logiques qui ont été à l'origine de
cette situation économique et sociale. Mais les politiques en général et les politiques
sociales en particulier n'étant pas du monopole de l'État, il convient aussi de poser
la question de l'adéquation/inadéquation des politiques du point de vue d'autres

espaces de production et de gestion de ces politiques sociales. Ainsi il s'agira d'évaluer les pratiques sociales du mouvement associatif, des ONG en particulier. Pourquoi les ONG font-elles ou ne font-elles pas telle ou telle autre action ? Ceci a-t-il changé la réalité et dans quel sens ? La problématique de la pratique sociale des associations et des ONG doit désormais être posée dans la mesure où leur action se trouve au centre des débats actuels sur l'articulation entre le processus de développement et le respect des droits de la personne d'une part et sur la place et le rôle de ces ONG par rapport à l'État (exemplarité ou substituabilité ?) d'autre part.

Il convient d'évaluer également les solidarités familiales et communautaires que DURKHEIM qualifie de "mécaniques" parce qu'elles reposent sur les liens de sociabilité primaire : le sang, le sol, le voisinage, la communauté, le territoire ou plus exactement le terroir. La famille par exemple a partout constitué un espace de protection sociale : qu'en est-il aujourd'hui, surtout dans les sociétés africaines où elle est réputée constituer un puissant lien social ? La crise économique provoque-t-elle une crise des solidarités familiales ou bien au contraire constitue-t-elle un facteur de recomposition sociale et de redéfinition des stratégies de survie, notamment dans le secteur qualifié d'informel ?

Reformulée d'une autre manière notre hypothèse générale devient la suivante : un développement viable et durable passe par l'invention de politiques, sociales en particulier, adaptées aux conditions économiques, sociales, politiques, culturelles et historiques du pays. Il en découle les hypothèses secondaires suivantes :

- l'inadaptation des politiques de protection sociale aux structures et habitudes sociales est la conséquence d'une connaissance radicalement insuffisante des réalités du Burkina ;
- la connaissance insuffisante des réalités du pays a donné lieu à la mise en oeuvre de politiques ne pouvant pas résoudre réellement les problèmes de protection sociale des Burkinabé ;
- des facteurs d'ordre politique et socio-culturel imputables aussi bien à la conception qu'à l'exercice du pouvoir d'État qu'aux différents groupes sociaux en présence, expliquent la faible performance des politiques de protection sociale.

Le développement des modèles de développement d'inspiration libérale ou marxiste ont, depuis les années 1960, induit des interprétations erronées ou insuffisantes du phénomène du sous-développement : d'un côté une vision occidentalocentriste de l'histoire des sociétés passant par des étapes successives (ROSTOW) et ; de l'autre côté une meilleure analyse de causes du "sous-développement" mais qui ne va pas au-delà des critiques et des revendications abstraites d'un développement auto-centré.

Dans un cas comme dans l'autre, l'État-Nation se trouve investi du rôle d'unificateur national et d'opérateur du développement mais au cours de ces dernières années, les trois concepts suivants, très en vogue, traduisent en fait la crise de ce modèle de l'État-Nation : "bonne gouvernance", "décentralisation" et "participation". Cette crise de l'État-Nation est révélatrice de son inadéquation par rapport aux traditions politiques et aux réalités africaines. En témoignent l'existence de formes parallèles de régulations sociales (détournements, corruption, clientélisme, "politique du ventre"...) et le développement de fondamentalismes religieux et de tensions et conflits ethniques.

C'est pourquoi il importe de voir concrètement comment toutes ces mutations se sont opérées dans l'offre et la demande des services sociaux de base, singulièrement ceux de la santé, de l'éducation de base et de l'emploi et de la sécurité sociale. En effet, une bonne santé est généralement considérée comme étant l'élément fondamental de la vie humaine, étant entendu que selon l'OMS celle-ci n'est pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité mais également "un état de complet bien-être physique, mental et social". Elle suppose la possibilité d'accéder aux soins médicaux de base, préventifs et curatifs, à l'information et à l'éducation et aux services disponibles en la matière. L'éducation, quant à elle, accroît les capacités des individus à satisfaire à leurs besoins matériels, sociaux et psychologiques. Enfin, pour survivre, l'individu doit travailler et se procurer ainsi des ressources lui permettant de satisfaire ces besoins. L'éducation améliore le travail et favorise l'accès à l'emploi alors que ceux-ci sont fortement corrélés avec la santé. Santé, éducation et emploi doivent constituer, à notre sens, les éléments essentiels d'une protection sociale visant l'épanouissement des individus et de leur communauté.

CHAPITRE 2 : LA PROTECTION SOCIALE AU BURKINA FASO : ETUDES DE CAS

La protection sociale concerne un tout premier lieu la couverture sanitaire des populations devant garantir aux individus bonne santé et longévité grâce à la prévention et à la prise en charge des maladies qui entravent les conditions naturelles de la vie et en raccourcissent la durée. La protection sanitaire est assurée par la mise en oeuvre de politiques permettant d'améliorer les soins curatifs et, préventifs et de promouvoir la santé individuelle et collective.

LA SANTÉ

Les politiques de santé

La médecine moderne, principale garante actuelle de la santé, a été d'introduction récente en Afrique, et singulièrement au Burkina Faso. L'administration coloniale y a, pour des raisons pratiques et fonctionnelles, porté ses premiers efforts d'organisation sanitaire aux villes par la construction d'hôpitaux et le développement des services d'hygiène et de santé urbaine au début du XX^{ème} siècle. Les services sanitaires étaient destinés aux troupes militaires, aux Européens et accessoirement à leurs collaborateurs indigènes. Aussi paradoxalement que ceci puisse paraître, il y avait une répression de la médecine traditionnelle ; et les guérisseurs qualifiés de sorciers étaient pourchassés et interdits d'activités.

Avec la mise en valeur du territoire, l'ouverture des routes et l'intensification des migrations ont entraîné l'augmentation de la prévalence et la diffusion des maladies transmissibles en particulier la variole et la trypanosomiase humaine. La dégradation de l'état de santé des populations a été telle que l'administration coloniale s'est assez rapidement rendu compte des préjudices qu'elle était susceptible de causer aux intérêts de l'exploitation coloniale. Cette prise de conscience est allée de pair avec l'amélioration des connaissances sur certaines maladies infectieuses : paludisme, pian, variole, trypanosomiase humaine. Des services de lutte contre les grandes endémies ont par conséquent été mis en place. Au départ ces services étaient boudés par les populations mais on a remarqué par la suite une demande croissante pour les soins curatifs et un accroissement du taux de fréquentation des services. La réponse à cette pression de la demande a été double : renforcement des équipements sanitaires urbains et création d'un réseau de dispensaires de brousse en milieu rural. A côté de l'hôpital urbain militaire ou dépendant de l'administration, les missions religieuses

construisirent aussi un réseau de dispensaires permettant à une proportion plus grande de la population d'avoir accès aux services de santé.

Au moment de son indépendance en 1960, la Burkina Faso disposait ainsi de trois catégories d'infrastructures sanitaires héritées de l'administration coloniale :

- des services verticaux, sous forme d'équipes mobiles, destinés à la lutte contre les grandes endémies. Ces services ont connu des succès surtout dans la lutte contre la variole, la maladie du sommeil et le pal. Mais ces résultats ont été obtenus au prix fort par une action combinée d'administration policière et de services spécialisés coûteux ;
- une infrastructure hospitalière relativement sophistiquée, surtout dans les villes où l'administration municipale gère également des services d'hygiène ;
- un réseau de dispensaires gouvernementaux et de missionnaires religieux considérés comme étant des antennes rurales de l'activité curative des hôpitaux.

Le modèle hospitalier, inconnu des populations avant la colonisation, a été mis en place d'emblée. La perception que ces populations en avaient était donc associée à celle du pouvoir de l'administration ; cette perception est restée vivace.

Jusqu'à la fin des années 1970 aucune politique sanitaire nationale n'a été du reste clairement définie : le code de la santé, adopté en 1970, se limitait à réglementer les services et les soins médicaux. Le système sanitaire du pays n'a donc pas pratiquement changé entre 1960 et la fin de ces années 1970 qui ont été marquées par une crise économique et écologique (années successives de sécheresse) sans précédent dont les répercussions sur le système de santé ne se sont pas fait attendre. L'entretien et la maintenance des équipements hérités de l'administration coloniale ont été peu à peu abandonnés tandis que les investissements connaissaient une diminution drastique. La fréquentation des services de santé a par conséquent diminué.

C'est l'année 1979 qui a en réalité marqué l'initiation d'une véritable politique nationale de santé, suite à la Conférence d'Alma Ata sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) qui a suscité l'élaboration d'une Programmation Sanitaire Nationale (PSN) 1980-1990 visant à assurer la couverture sanitaire de la population par la mise en place progressive d'un dispositif intégrant les services socio-sanitaires à l'organisation administrative du pays et à l'effort national de développement économique et social. Ainsi une organisation pyramidale des services a été mise en

place grâce à la création d'une part d'un réseau de structures de prestations de services (Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et de Centres Médicaux (CM) au niveau périphérique, de Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), et de Centres Hospitaliers Nationaux (CHN)) et d'autre part de directions nationales chargées au niveau central de promouvoir les différentes composantes des soins de santé primaires.

En 1984, à la faveur des bouleversements politiques d'août 1983, cette organisation sanitaire a été renforcée par la création de 30 Directions Provinciales de la Santé (DPS) et de Postes de Santé Primaires (PSP) conformément au slogan "un village un poste de santé primaire". Une campagne accélérée de vaccination dite "Vaccination Commando" permettait de vacciner près de 90 % des enfants de 0-14 ans contre la méningite, la rougeole et la fièvre jaune en 1984 ; et des dépôts pharmaceutiques ont été créés dans toutes les provinces.

La période 1980-1987 a été ainsi marquée par un développement sans précédent du système de santé avec notamment :

- une extension de la couverture sanitaire avec la création des CSPS et les succès enregistrés par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- la déconcentration des services de santé et du personnel ;
- l'initiation de la mobilisation sociale en faveur de la santé.

Ce système a cependant été vite confronté à des problèmes de conception, d'organisation et de financement. En effet :

- les programmes de santé sont restés verticaux ;
- l'encadrement et la supervision des différents programmes et services décentralisés sont demeurés insuffisants ;
- la mobilisation sociale n'a pas pu se maintenir ;
- le budget de l'État consacré à la santé est resté stagnant ;
- les médicaments disponibles sont des spécialités dont les prix restent inabordables pour la plupart des Burkinabè.

Sur un plan plus général, le Burkina était confronté à d'énormes difficultés financières provoquées par la crise économique qui frappait alors l'ensemble des pays africains. Les structures créées, en particulier les PSP, ne sont plus entretenues et les médicaments manquent dans toutes les formations sanitaires. Les malades désertent les centres de santé et le personnel se démotive. L'espoir suscité par les soins de santé primaires s'estompe : l'application du principe de gratuité des soins pose de nombreux problèmes, l'offre en services sanitaires publics étant bien en deçà de la demande. Mais ces difficultés ainsi rencontrées dans la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires n'étaient pas propres au Burkina ; elles étaient partagées

par les autres pays africains. C'est pourquoi, la stratégie des SSP a été revue en 1987 à l'échelle du continent. La Conférence d'Hararé organisée par l'OMS a fortement recommandé la mise en place de districts comme unités de planification sanitaire dans les pays, le district sanitaire étant une structure administrative et fonctionnelle disposant des services de santé périphériques centrés sur un hôpital de référence. Il s'agissait de procéder à une décentralisation des services de santé tout en maintenant des fonctions organisationnelles et l'autorité des niveaux intermédiaire et central.

Une stratégie de pérennisation des services de santé fondée sur la fourniture de médicaments essentiels, la promotion du recouvrement des coûts des services de santé et la participation communautaire à la gestion de ces services est également retenue sous le nom d' "Initiative de Bamako".

Le Burkina Faso a souscrit aux résolutions de Hararé et à l'Initiative de Bamako. En 1992, une politique de renforcement des SSP est adoptée avec la contribution de l'ensemble des partenaires au développement sanitaire (collectivités locales, secteur privé, ONG, bailleurs de fonds etc.) : le pays est divisé en 53 districts sanitaires et une centrale d'achat des médicaments essentiels génériques est créée. Mais le processus du recouvrement des coûts s'est avéré difficile et lent à mettre en place : une expérience a été conduite dans la province du Boulgou dès 1987 et il a fallu attendre 1993 pour en voir un début de réalisation sur l'ensemble du territoire national.

Entre temps et après une vingtaine d'années de régimes politiques d'exception, une nouvelle constitution était adoptée par referendum du 2 juin 1991 avec plusieurs articles concernant la protection sanitaire :

- "la protection de la vie, la sûreté et l'intégrité physique sont garanties" (Article 2) ;
- "l'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale, le logement, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, la création artistique et scientifique constituent des droits sociaux et culturels reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir" (article 18) ;
- "le droit à la santé est reconnu. L'État oeuvre à le promouvoir" (Article 26).

On observe cependant que si la PSN avait été prise en considération dans le plan quinquennal 1986-1990, aucune évaluation n'en a été faite. Dans le cadre du plan quinquennal 1991-1995, il n'y a également pas eu d'évaluation à proprement parler. Une revue du secteur de la santé a seulement été réalisée en 1994 avec la participation des partenaires au développement ; celle-ci a simplement réaffirmé les principes généraux suivants :

- la santé est un droit fondamental de l'être humain ;

- les inégalités dans la situation sanitaire sont politiquement et socialement inacceptables ;
- tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des soins qui lui sont destinés ;
- le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration inter-sectorielle et pluridisciplinaire.

En dépit de ces déclarations d'intention et des progrès enregistrés surtout à partir des années 1980, le système de santé reste peu efficace et l'état sanitaire des Burkinabè assez précaire.

Le système de santé

Des formations sanitaires en nombre insuffisant

Le nombre des infrastructures sanitaires reste en deçà des ambitions de la PSN 1980-1990 et ce même cinq années après le terme de ce programme : le plateau technique est réduit et mal entretenu tandis que les moyens d'évacuation sont insuffisants. Celui-ci a cependant plus que doublé en 20 ans passant de 376 en 1976 à 432 en 1984 et à 860 en 1994, année au cours de laquelle 2/3 des Burkinabè avaient un accès géographique acceptable aux formations sanitaires. L'objectif de rayon moyen d'action des CSPS de 10,50 Km était atteint dans 18 des 30 provinces que comptait le pays.

Tableau n° 1 : Evolution des infrastructures publiques de santé entre 1987 et 1994*

ANNÉE	CHN	CHR	CMA	CM	CSPS	Disp. Seul	Mater. Seule	Total
1994	2	10	16	56	628	132	16	860
1993	2	9				119	14	841
1992	2	9			602	111	11	803
1991	2	9			588	107	10	
1990	2	9			577	123		
1989	2	9			474	152	18	709
1988	2	9			420	133	13	635
1987	2	9			396	153	17	632

Source DEP/Santé 1995

*Entre 1984 et 1987, 6485 PSP avaient été créés mais ils ont été presque tous abandonnés.

Après 1991, année du début de l'application des PAS et de la libéralisation des différents secteurs de l'économie nationale, l'implication des services privés s'est rapidement développée. Toutes les officines pharmaceutiques publiques ont été privatisées avec pour conséquence l'aggravation de l'inégalité de leur répartition géographique : 90 % des pharmacies privées (au nombre de 19 en 1990 et de 59 en 1994) sont situées dans les deux plus grandes villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Ce déséquilibre au profit du milieu urbain est encore plus frappant pour l'ensemble des services privés de santé : Ouagadougou (58 %) ; Bobo-Dioulasso (23 %) ; autres villes (19 %).

Tableau n° 2 : Répartition des services privés de santé en 1994

	Ouagadougou	Bobo-Dioulasso	Autres localités	Total
Cliniques d'accouchement	9	4	-	13
Cabinets médicaux	7	5	-	12
Cliniques chirurgicales	1	2	-	3
Cliniques ophtalmologiques	1	-	-	1
Cabinets dentaires	4	2	-	6
Polycliniques	2	-	-	2
Cabinets de soins infirmiers	52	19	23	94
Laboratoires	7	1	1	9
Officines pharmaceutiques	40	13	6	59

Source : DEP/Santé 1995

Le personnel de santé

Jusqu'à la fin des années 1970, les personnels de santé, à l'exception des infirmiers, des agents itinérants et des matrones, étaient formés dans les pays de la sous région (Sénégal, Côte-d'Ivoire, Togo) et en Europe. Au cours des années 1980, l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) a ouvert une division sages-femmes ; elle forme actuellement la plupart des catégories de paramédicaux nécessaires au fonctionnement des services de santé. L'Université de Ouagadougou, quant à elle, a d'abord ouvert une filière médecine complétée ensuite par une section pharmacie : les premiers médecins ont achevé leur formation en 1989 et les premiers pharmaciens en 1996 ; elle fournit 30 à 40 médecins par an.

Le caractère récent de ces structures de formation explique en partie l'insuffisance

du personnel de santé qui se chiffrait à quelque 4 500 agents soit environ 18 % de ceux de l'État en 1995. Les efforts de formation et de recrutement ont certes permis au pays de se rapprocher des normes de l'OMS pour la région africaine (1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier d'État et une sage-femme pour 5 000 habitants) mais les ratios actuels sont peu satisfaisants : 1/29 000 pour le médecin, 1/161 000 pour le pharmacien, 1/29 500 pour la sage-femme/maïeuticien et 1/5 000 pour l'infirmier d'État. On observe en particulier un manque cruel en spécialistes (chirurgiens, gynécologues, pédiatres...) surtout au niveau des CHR; et dans l'ensemble du pays on ne compte par exemple que 11 gynécologues qui exercent presque tous dans les deux principales villes, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Tableau n° 3 : Ratios personnels de la santé du secteur public/population en 1995

Personnel	Norme OMS	Ratio au Burkina	Effectifs nécessaires	Effectifs Existants	% de réalisation
Médecins	1/10 000	28 673	1 047	365	34,9
Pharmaciens	1/20 000	161 013	523	66	12,4
Chirurgiens-dentistes				29	
Sages-femmes/ maïeuticiennes	1/5 000	29 316	2 093	357	17,1
Infirmiers/e(s) d'État	1/5 000	13 214	2 093	794	37,9
Infirmiers/e(s) brevetés	1/3 000	8 164	3 489	1 284	36,8
Auxiliaires de santé	1/1 000	6 549	10 166	1 598	15,3

Cette insuffisance en personnel est accentuée par le déséquilibre de sa répartition spatiale : les provinces de Kadiogo et du Houet abritant les deux principales villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) mais ne constituant que 15% de la population disposent de la moitié du personnel qualifié (67% des sages-femmes, 60% des médecins de santé publique et 40% des infirmiers d'État et brevetés). Au niveau des services de santé privés le déséquilibre est encore plus accentué dans la mesure où plus de 80 % d'entre eux se trouvent dans ces provinces du Kadiogo et du Houet.

L'insuffisance en personnel ayant été jugée préoccupante, une exception a été faite au secteur de la santé pour de nouveaux recrutements d'agents dans l'application des PAS qui proscriit généralement ces recrutements.

Tableau n° 4 : Évolution des effectifs des différentes catégories du personnel de santé du secteur public entre 1987 et 1995

Catégories de personnel	1987	1989	1991	1993	1995
Médecins*	280	314	341	298	348
Chirurgiens dentistes	17	19	19	19	25
Pharmaciens	103	84	113	43	54
Infirmiers d'État	1033	959	1193	778**	1250
Infirmiers brevetés	1214	1181	1273	1157**	1192**
Sages-femmes/maïeuticiens	272	293	339	327	357
Accoucheuses auxiliaires	551	644	610	365	553***
Agents itinérants de santé	261	280	349	384	574

Source : DEP/Santé

* y compris les spécialistes

** non compris les spécialistes

*** non compris les matrones des collectivités locales.

Des services insuffisamment utilisés

C'est au niveau des soins curatifs que se mesurent la crédibilité des formations sanitaires et le degré d'attraction des utilisateurs potentiels. Le taux de fréquentation des services périphériques reste cependant encore faible malgré l'effort fait dans la réduction de leur rayon moyen d'action ; et aussi paradoxalement que cela puisse paraître, il est en baisse constante ces dernières années : 22,8% en 1991 ; 18,2% en 1995. Au niveau des hospitalisations, l'insatisfaction des usagers se traduit par le nombre relativement élevé des cas d'évasion (5,7%) et le faible taux d'occupation des lits autres que ceux des CHN (11,4%). Les services de maternité qui disposent d'une proportion importante des lits des formations sanitaires n'ont par exemple assuré que 27,1% seulement des accouchements en 1995. Cette sous-utilisation des formations sanitaires est également observée dans le faible nombre des consultations : 0,5% par habitant et par an ; et un taux global d'hospitalisation de 5,9 pour mille. En outre, plusieurs études ont montré que les malades arrivent tard dans les formations sanitaires, ce qui explique en partie le caractère assez élevé de la mortalité hospitalière (10%).

Les facteurs explicatifs de la sous-utilisation des formations sanitaires souvent évoqués sont les suivants : difficultés de communication avec le personnel (manque d'empathie) ; manque d'attraction des formations sanitaires souvent vétustes et ne disposant pas de médicaments ; contraintes financières des usagers potentiels (tarification des soins et prix du médicament inadéquats par rapport aux revenus des populations) ; prise en charge insuffisante de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, SIDA) ; coût élevé des évacuations sanitaires, effectuées avec le système d'orientation-recours lié à l'organisation pyramidale des services. Selon l'étude sur le profil de la pauvreté, 45% des ménages urbains consultent un centre de santé en cas de maladie contre 38% des ménages ruraux ; et 53% des ménages se situant au-dessus du seuil de pauvreté le font contre seulement 27% des ménages pauvres (INSD 1996). L'accès aux médicaments qui représentent 87% des coûts de santé est encore plus difficile dans le milieu rural et particulièrement chez les ménages pauvres.

Les vaccinations semblent cependant avoir plus de succès parce qu'elles sont quasi-gratuites. Activités bien connues avant l'indépendance du pays, elles sont assurées par des équipes mobiles qui, périodiquement mènent des campagnes de masse, subventionnées par des partenaires au développement, l'UNICEF en particulier. Le taux de couverture vaccinale a ainsi progressé entre 1985 et 1990 mais il a commencé à stagner puis décliné pour se situer autour de 45% d'enfants complètement vaccinés.

Au niveau de la SMI et de la planification familiale, il existe une large gamme de prestations mais l'attraction des usagers est encore insuffisante pour les consultations prénatales et infantiles alors que les consultations postnatales et de planification familiale sont encore très peu développées. La prévalence contraceptive est seulement de 8%. La surveillance nutritionnelle des enfants, d'abord développée d'une manière verticale, est de plus en plus intégrée dans les services de santé mais les femmes manquent souvent de moyens financiers pour suivre les conseils prodigués par l'achat des aliments nécessaires.

La santé scolaire et universitaire est aussi peu développée, en particulier dans les zones rurales. Elle se réduit à des consultations curatives et à la contre visite pour l'aptitude au sport dans les établissements d'enseignement. La santé des jeunes, quant à elle, est un nouveau volet qui a pris de l'ampleur avec l'application des recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire (1994) ; elle concerne essentiellement la santé sexuelle. Malgré l'existence de campagnes d'IEC dans le domaine notamment de la santé de la reproduction, les activités promotionnelles de la santé restent insuffisantes et ont eu peu d'impact alors que la plupart des problèmes de santé sont liés aux comportements des individus.

Les statistiques sanitaires qui constituent un instrument de planification, de gestion et d'évaluation des services demeurent incomplètes et faibles. En dépit des efforts accomplis, le système d'information sanitaire présente encore des limites : les annuaires statistiques sont publiés avec retard (2 années en moyenne entre 1990 et 1994) et sont mal diffusés ; en outre les statistiques relatives au secteur privé ne sont pas prises en compte alors que la complétude des données des formations sanitaires publiques laisse aussi à désirer avec tout ce que ceci introduit comme biais dans le calcul des indices. Par exemple en 1994, jusqu'à 118 des 120 rapports trimestriels attendus des provinces ont été élaborés mais seulement 28 des 44 rapports des CHR et CHN l'ont été. La prise de conscience de l'importance de la collecte et de la transmission des données est donc encore insuffisante, notamment dans ces formations sanitaires de référence (CHR et CHN). La retro information tant réclamée par les agents des structures périphériques n'est possible que si la collecte, la transmission et la compilation des données sont faites à temps et à tous les niveaux de la pyramide des services sanitaires.

Le financement de la santé

La part du budget national consacrée à la santé est non seulement inférieure à la norme fixée par l'OMS (10%) mais elle est également en diminution constante : 9% en 1967, 8,7% en 1970, 7,7% en 1975, 7% en 1985 et 6,1% en 1992 et 5% en 1995. Certaines rubriques budgétaires ont été particulièrement touchées : la proportion allouée à l'achat des médicaments a par exemple diminué de 7,7% en 1967 à 5% en 1975 pour se situer à 3% aux cours des dernières années. Par ailleurs, 40% des dépenses du secteur public de la santé proviennent de l'aide extérieure dont 29% sont consacrés à l'assistance technique.

Tableau n° 5 : Évolution de la part du budget national consacrée à la santé entre 1989 et 1995

ANNÉES	Budget National (en millions de CFA)	Budget de la Santé (en millions CFA)	% (2/1)	Alloué au personnel en (millions CFA)	% (3/2)
1989	207 213 993	7 722 753	7,2	5 814 289	75,3
1990	105 276 829	7 737 885	7,3	6 062 791	78,3
1991	176 535 443	9 374 863	5,3	5 912 579	70,6
1992	216 832 740	13 472 054	6,2	4 491 468	33,3
1993	230 225 233	14 442 371	6,3	4 370 583	30,3
1994	373 879 396	20 427 755	5,5	5 579 494	27,3
1995	361 895 963	17 933 405	5,0	5 929 692	33,1

Après la période de la gratuité de soins, assurée dans l'euphorie de l'Indépendance et des tentatives de construction de l'État providence, on a commencé à facturer les soins au niveau de l'hospitalisation d'abord dans les hôpitaux et les maternités dans les années 1970 et ensuite dans les autres formations sanitaires à partir de 1984. En 1991, une politique d'autofinancement a été initiée pour les CHN et CHR (excepté les salaires des agents pris en charge par le budget national) avant d'être généralisée en 1993. Avec la mise en oeuvre de cette politique d'auto-financement des formations sanitaires dans le cadre de l'application de l'Initiative de Bamako, il est de plus en plus fait recours à la contribution des ménages pour la prise en charge des soins de santé de leurs membres. Mais la plupart des ménages éprouvent des difficultés pour apporter cette contribution pour des raisons de coût. En l'absence de données nationales, les résultats d'une enquête menée dans la province de la Kossi en 1992 en donne une idée : tous les usagers considèrent que les soins fournis par les CSPS/CM sont chers contre seulement 36% donnant le même avis pour le tradipraticien. Le traitement d'un épisode morbide coûte en effet presque trois fois plus cher dans les CSPS et les CM que chez les tradi-praticiens : 4 483 FCFA contre 1 292 FCFA. Selon cette enquête, 43% des patients recourant au PSP et 81% de ceux optant pour la médecine traditionnelle évoquent le manque de moyens financiers comme justification de leur choix pour ces services. En outre, la moitié de ces usagers (51%) estiment que les soins fournis dans les formations sanitaires sont inefficaces alors que ces insatisfaits représentent 46% des usagers chez les tradi-praticiens. 58% d'entre eux n'y recourent d'ailleurs que lorsque la maladie est grave et ceci avec un retard de 4,2 jours en moyenne. A partir des données de cette enquête, on peut estimer à 2800 FCFA par an les dépenses de santé par ménage et ainsi quelque 25 milliards de FCFA auraient été consacrés par les ménages Burkinabé à la santé en 1992 soit le double du budget national alloué à ce secteur.

La participation communautaire

L'introduction de L'Initiative de Bamako qui prône la participation communautaire a été précédée par des recherches opérationnelles sur le recouvrement des coûts SSP (provinces du Boulgou, du Bazèga-Gourma, de la Kossi et du Houet) dont les résultats ont été confrontés et discutés en 1994 au cours d'un forum national sur la mobilisation sociale en faveur de l'IB. Les recommandations ont porté sur la nécessité d'encourager la participation communautaire grâce à un travail approprié de mobilisation sociale, suivi par la constitution de comités de gestion des formations sanitaires et la formation des membres de ces comités par le personnel de santé qui doit les aider à concevoir les procédures et outils de gestion des dépôts pharmaceutiques. Au préalable, une tarification harmonisée des médicaments et des actes doit être effectuée pour chaque

type de produit ou service, le personnel de santé devant veiller à la normalisation des prix et à leur conformité aux objectifs de programmes de santé. Une attention particulière doit être accordée aux produits jugés prioritaires (antipaludiques anti-tuberculeux, contraceptifs et SRO) en termes de continuité d'approvisionnement mais aussi en disponibilité à un coût accessible à toutes les couches de la population.

L'état sanitaire de la population

L'état sanitaire de la population Burkinabé a enregistré des progrès notables depuis l'indépendance : l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 37 ans en 1960 à 42 ans en 1975 et à 52,2 ans en 1991 et la mortalité générale a diminué de 32 pour mille en 1960 à 16,4 pour mille en 1990. Les indicateurs de morbidité témoignent d'une maîtrise relative de certaines endémies comme la lèpre dont la prévalence est passée de 142 109 à moins de 2000 cas entre 1965 et 1995 et l'onchocercose dont le programme de lutte est en phase de dévolution. Certaines endémo-épidémies sont en net recul : la rougeole est par exemple passée du 2ème au 8ème rang comme cause de mortalité des enfants entre 1977 et 1989. On observe cependant la persistance des épidémies de méningite cérébro-spinale qui reviennent cycliquement et le développement de l'infection VIH et du SIDA. Les données de l'annuaire des statistiques sanitaires de l'année 1995 sont à cet égard éloquentes. Dans le domaine des épidémies une tendance évolutive des maladies s'est manifestée avec une prédominance des cas de paludisme (23,1% de l'ensemble des notifications), suivis des affections des voies respiratoires (15,6%), des affections de la peau (11,4%) et des maladies diarrhéiques (9%). L'année 1995 a été aussi marquée par l'émergence de quelques foyers de méningite et de choléra et une poussée épidémique de la rougeole dans toutes les provinces (11 696 cas avec un taux de létalité de 2,15%).

Tableau n° 6 : Les dix principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires en 1995

SYMPTÔME	Moins d'un an	1-4ans	5-14 ans	Adultes Mascul.	Adultes Fémin.	Total	Pourcentage (%)	Rang
Paludisme	64610	100019	86740	87931	95712	435012	30,7	1er
Affect. des voies respiratoires	62280	64482	42566	55752	52910	277990	19,6	2ème
Autres affections de la peau	17438	29843	55862	60613	45095	208850	14,7	3ème
Maladies diarrhéiques	33472	53440	16470	24699	24873	152954	10,8	4ème
Affections de l'appareil digestif	7063	9237	13319	23504	31178	84301	6,0	5ème
Parasitoses intestinales	3819	15800	15678	22105	19530	76932	5,4	6ème
Autres affect. de l'oeil et de ses annexes	8670	9867	12030	18146	15719	64432	4,6	7ème
Affect. appareil genito-urinaire sauf MST	1793	2434	3289	14801	34847	57164	4,0	8ème
Otites	4128	6584	6769	6244	7205	30930	2,2	9ème
Autres affect. appareil osteo-articulaire	173	619	2961	13852	10352	27957	2,0	10ème
TOTAL	203446	292325	255684	327646	337421	1416522	100	

Tableau n° 7 : Les dix principaux motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires en 1995

Symptôme	Moins d' 1 an	1-4 ans	5-14 ans	Hommes	Femmes	Total
Affections des voies respiratoires	710	823	750	2783	2384	7450
Rougeole	631	1532	2042	628	631	5464
Paludisme	1827	1995	1000	1462	1737	8021
Méningite	505	515	803	450	451	2724
Maladies diarrhéiques	634	715	259	1199	1108	3915
Morsure de serpent	10	106	775	822	521	2231
Autres affect. de l'appareil digestif	51	57	140	610	472	1330
Anémies	379	279	72	63	136	929
Compl. Grossesses, Accouchement, Suite de couche					879	879
Plaies infectées et autres affections de la peau	30	34	116	320	232	732
Total	4 777	6 056	5 954	8 337	8 551	33 675

De nombreuses contraintes à l'amélioration de la santé des populations

Les facteurs qui freinent l'amélioration rapide de la santé de la population ou empêchent le système sanitaire d'avoir l'impact attendu dans des délais raisonnables sont multiples et échappent pour certains d'entre eux à l'emprise des responsables directs des services de santé. Parmi ces facteurs on peut citer : la croissance rapide de la population ; le sous-équipement socio-sanitaire des ménages ; l'insécurité alimentaire ; et les diverses lacunes, déjà observées, du système de la santé publique.

La fécondité s'étant quasiment accrue (6,2 enfants par femme en 1960 et de 6,9 en 1993) pendant que la mortalité baissait comme nous l'avons vu, le taux d'accroissement de la population reste élevé (2,6% par an entre 1985 et 1991) avec ce que cela comporte comme conséquences en termes d'augmentation des effectifs des groupes vulnérables sur le plan sanitaire (femmes en âge de procréer, enfants de moins de cinq ans). L'état sanitaire des femmes est en effet généralement plus précaire que celui des hommes pour plusieurs raisons : le surmenage physique dû aux multiples activités et la malnutrition chronique fragilisent des corps déjà éprouvés par des grossesses précoces, multiples et rapprochés. Cette contrainte d'ordre démographique pourrait cependant être levée dans la mesure où jusqu'à 29% des femmes en âge de procréer expriment le désir de recourir à la planification familiale alors que ce service n'est accessible que dans un tiers seulement des formations sanitaires (INSD, 1993).

Le sous-équipement socio-sanitaire des ménages constitue aussi un facteur important pesant sur les faibles performances du système de santé dans la mesure où il favorise le développement des maladies transmissibles. La moitié de la population urbaine est peu desservie en eau potable et la majorité des logements urbains ne disposent pas de moyens suffisants d'assainissement et de collecte des ordures ménagères. Cette situation de sous-équipement socio-sanitaire est aussi préoccupante en milieu rural où on observe une exposition permanente aux diarrhées, aux dysenteries et aux infections respiratoires, une présence de l'endémie bilharzienne, une infestation paludéenne intense, et une fréquence remarquable de morsures de serpents. Les mauvaises conditions de santé sont également à mettre en rapport avec le manque d'hygiène individuelle et collective et la prégnance de certaines coutumes et comportements nuisibles mais encore largement pratiquées comme l'excision, le lévirat et la multiplication des partenaires sexuels. Ceci est d'autant plus grave que le taux d'analphabétisation est élevé, notamment chez les femmes qui jouent un rôle important dans l'entretien et la santé des ménages comme l'indique si bien le choix des objectifs pour l'an 2000 des programmes de santé : réduction de 93,3‰ à 70‰ du taux de mortalité infantile ; diminution de 566 à 300‰ du taux de mortalité maternelle, accroissement du taux de prévalence de la contraception moderne de 17% à 32% en milieu urbain et de 1,7% à 9% en milieu rural ; augmentation de la couverture vaccinale de base (enfants et femmes en grossesse) de 39% à 65% etc.

L'ÉDUCATION

L'éducation représente une composante essentielle de la politique sociale. On dirait même qu'elle occupe la place centrale dans tout système social équilibré, qu'elle contribue pour une large part à déterminer. En effet l'éducation au sens le plus large doit être entendue comme l'ensemble des actions par l'entremise desquelles une société façonne ses membres en vue de les doter des instruments théoriques, mentaux, pratiques et comportementaux, nécessaires à son plein épanouissement et au maintien de son équilibre. Elle représente en cela, la pré-occupation fondamentale pour toute société et en détermine l'avenir.

L'histoire contemporaine de l'Afrique en général et du Burkina Faso en particulier, avec le phénomène colonial, explique la réalité selon laquelle, il y a deux systèmes éducatifs qui coexistent avec plus ou moins d'harmonie dans la société : le système éducatif traditionnel avec ses valeurs de référence, ses objectifs et ses moyens d'une part, et l'éducation moderne avec les siens d'autre part. Malgré le fait que la première concerne presque la totalité de la population Burkinabé c'est à la seconde forme que l'on pense quasi-exclusivement lorsqu'on traite de l'éducation en Afrique.

Instituée par l'administration coloniale, l'éducation moderne de type scolaire s'est progressivement imposée comme la référence axiologique décisive, voire unique, en fonction de laquelle la société s'organise légifère et classe ses membres les uns par rapport aux autres. Élément constitutif du système social tout entier, l'éducation scolaire, s'impose de plus en plus comme un des indicateurs de développement humain, les plus importants, bien qu'on relève souvent des insuffisances dans la réalisation des missions qui lui sont assignées. C'est avec la recherche des meilleures solutions possibles pour le développement de cette éducation scolaire que se conjugue une partie de l'histoire du Burkina Faso.

Il s'agit ici d'analyser les politiques menées par l'État et ses partenaires en vue de trouver la meilleure éducation possible pour le maximum d'enfants avec les moyens matériels techniques, humains et financiers compatibles avec les réalités du pays et celles des familles. Pour réaliser un tel objectif, il convient d'établir l'état des lieux, faire le point sur les programmes engagés ou envisagés en faveur de l'éducation en vue de proposer des mesures appropriées à prendre par les décideurs pour améliorer l'ensemble du système éducatif Burkinabé en conformité avec les attentes des populations, les aspirations et potentialités des individus et les besoins de développement de la société.

Les politiques d'éducation

Le Burkina Faso, comme la plupart des pays de l'Afrique francophone, a été confronté, lors de son accession à l'indépendance, à un double défi en matière d'éducation :

- assurer un développement de la couverture éducative, conformément aux conclusions des travaux de la Conférence des Ministres Africains de l'Éducation tenue à Addis-Abéba en 1961 ;
- adapter le système éducatif aux réalités socio-économiques et culturelles nationales.

Toutes les expériences (réformes et programmes) menées jusqu'à nos jours ont visé à relever ce double défi.

Période de 1960 à 1976 : "africanisation des programmes"

Les actions engagées au cours de la période 1960-1976 ont consisté en une réforme des programmes hérités de la colonisation. Il s'agissait beaucoup plus d'une africanisation des programmes de certains enseignements (histoire, géographie notamment) au regard des nouvelles réalités du pays ou d'une révision des méthodes d'apprentissage du français (la méthode CLAD a été expérimentée et abandonnée au cours de cette période). Les contenus des apprentissages ainsi que leurs buts n'avaient pas réellement été touchés.

Néanmoins, le souci de tenir compte des réalités économiques du pays dans les actions d'éducation et de formation, a amené les pouvoirs publics à mettre en place un système d'école rurale. Celle-ci devait permettre d'alphabétiser les jeunes ayant dépassé l'âge d'accès à l'école primaire et de les former à l'utilisation des méthodes modernes dans l'agriculture. Le système voulait en faire des agriculteurs modernes qui devaient introduire les changements nécessaires dans leur communauté de base. L'école rurale n'a cependant pas connu le succès escompté : elle apparaissait aux yeux des populations comme une école au rabais, en raison de l'âge d'admission et des contenus agricoles des enseignements, tant il est vrai que dans leur esprit, entrer à l'école signifiait acquérir un savoir qui doit permettre d'échapper aux travaux des champs. En 1976, l'école rurale a été transformée en Centre de Formation des Jeunes Agriculteurs (CFJA) et transférée au ministère chargé de l'agriculture.

Période de 1976 à 1984 : réforme inachevée des enseignements

Les nombreuses insuffisances décelées dans l'enseignement primaire, ont permis la formulation et la mise en oeuvre d'une réforme d'envergure devant toucher tous les degrés d'enseignement. L'initiation de celle-ci a commencé par un travail de sensibilisation et de concertations avec les populations autour d'un document de base élaboré à cet effet par le ministère de l'éducation nationale. La réforme se caractérisait par :

- l'organisation du système éducatif en éducation de base, cycle des métiers et cycle de la recherche ;
- l'utilisation de langues nationales comme matière et objet d'enseignement : trois langues sur la soixantaine que compte le pays avaient été retenues : le mooré, langue maternelle de près de 45% de la population et le dioula et le fulfuldé qui sont des langues véhiculaires parlées dans d'autres pays de la sous-région ;
- l'introduction des principales activités productives du pays (agriculture, élevage, tissage...) dans les apprentissages scolaires.

Après trois ans de débats, d'échanges et d'amendements, l'application de la réforme a démarré en octobre 1979 par une phase d'expérimentation dans 28 écoles couvrant les trois zones moréphone, dioulaphone et fulaphone. Cinq années après, c'est-à-dire en 1984, le gouvernement se voyait obliger, sans doute sous la pression, de mettre fin à une réforme dont les griefs, au contraire de ses avantages, étaient de plus en plus mis en exergue. Au nombre de ces griefs, on relevait :

- le choix des trois langues qui obligeait certains enfants à suivre des apprentissages dans une langue autre que leur langue maternelle ;
- le fait de procéder à une expérimentation a suscité chez les populations un doute quant à l'efficacité et à la valeur réelle de la réforme ;
- l'issue incertaine de la certification d'une formation en une langue dont la portée reste limitée aux confins du territoire national ;
- le coût élevé des activités de production que l'État était de moins en moins en mesure de supporter.

Période de 1984 à 1988 : vaines tentatives pour des réformes de fond

La période 1984-1988 a été caractérisée par l'élaboration d'un système éducatif conforme aux idéaux de la Révolution Démocratique et Populaire, survenue dans le pays entre 1983 et 1987. Le projet de réforme prévoyait un système découpé en cycles comme le système précédent, mais avec un passage automatique d'un niveau d'études à un autre dans le cycle de l'éducation de base dans un souci de démocratisation

de l'éducation de base. En outre le cycle des métiers comportait des formations professionnelles en rapport avec les réalités socio-économiques du pays. Au cours des débats organisés autour du projet, la réaction des populations est restée mitigée ; celui-ci a été abandonné en l'état avec le changement de régime politique intervenu en 1987.

De 1988 à nos jours : pour des retouches successives du système éducatif

Forts des enseignements précédents, les pouvoirs publics ont adopté une stratégie d'approche consistant à changer le système par l'introduction d'innovations successives. En 1988, l'éducation de base revient à l'honneur avec la création du Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation de Masse (MEBAM).

Le plan d'Action 1991-1996 qu'il a élaboré comporte les quatre programmes suivants :

- expansion de l'éducation de base, de loin le plus important ;
- amélioration de la qualité de l'enseignement ;
- rénovation du système ;
- appui institutionnel aux unités administratives du département ministériel.

Chaque programme est subdivisé en composantes et chaque composante en activités. Des objectifs surtout quantitatifs ont été fixés notamment pour le programme d'expansion : 40% de taux de scolarisation au primaire dont 30% pour les filles et 30% de taux d'alphabétisation en 1996. A partir de ces objectifs quantifiés, un modèle a été développé pour prévoir le nombre d'enseignants à recruter et à former, le nombre de salles de classes à construire et leur répartition par province et par an. En 1992, un Comité Interministériel chargé de l'élaboration et du suivi de ce Plan d'Action a été mis en place conformément aux engagements pris lors de la conférence mondiale sur l'Éducation de Base tenue à Jomtien. Un nouveau Plan d'Action similaire au premier a été élaboré en conséquence avec cependant une plus grande prise en compte de l'enseignement préscolaire, de la formation de jeunes agriculteurs, de la scolarisation des filles et de l'enseignement privé. Comme nous le verrons, les objectifs fixés pour 1996 n'ont pas été atteints et ceux-ci ont été plus ou moins reconduits pour l'an 2000 : 2,4% de taux de pré-scolarisation ; 48% de taux brut de scolarisation (dont 40,2% chez les filles) ; 30% de taux brut d'alphabétisation (dont 26,7% chez les femmes) en 2000.

Le système de l'éducation de base

Le système de l'éducation de base comprend l'éducation préscolaire, l'enseignement primaire et l'éducation non formelle. La loi d'orientation de l'éducation adoptée en mai 1996 considère l'éducation comme une priorité nationale : entre 1991 et 1996

le budget consacré à l'éducation de base s'est accru en moyenne de 9,5% par an contre 8,4% pour celui alloué aux enseignements secondaires et supérieurs.

Une éducation préscolaire encore embryonnaire

La volonté de généraliser l'éducation préscolaire n'a préoccupé l'État Burkinabé qu'à partir de 1979. Il s'agissait de préparer l'enfant à l'enseignement primaire par une pré-scolarisation en langues nationales et de lui assurer un suivi sanitaire et nutritionnel. C'est ainsi que sont nées les garderies populaires, structures publiques d'encadrement de la petite enfance, qui visent également à soulager les mères de la garde de leurs enfants. Les garderies, de gestion communautaire, cohabitent avec des structures privées appelées "jardins d'enfants" ; toutes deux accueillent des enfants de 3 à 6 ans.

En 1991, 58 garderies et 31 jardins d'enfants implantés dans 21 provinces encadraient quelque 9 000 enfants, soit un taux de couverture de 0,7%. En 1996/1997, ce taux est passé à 0,8% avec 73 garderies et 70 "jardins d'enfants" regroupant environ 17 000 enfants encadrés par 329 moniteurs et 210 éducateurs préscolaires. C'est dire que l'accès à l'éducation préscolaire est encore trop limité au Burkina. Celle-ci est en outre caractérisée par de fortes disparités : les deux grandes villes du pays, Ouagadougou (54%) et Bobo-Dioulasso (7%) accueillent 61% des effectifs.

Pour en élargir l'accès, le gouvernement a mis en oeuvre avec l'appui technique et financier de l'UNICEF une expérience de développement du petit enfant par l'entraide communautaire dénommée "Espace d'entraide communautaire pour l'enfance" EECE/BISONGO. Organisée prioritairement autour des écoles, puis autour des lieux de travaux saisonniers pour les femmes rurales, l'expérience s'adresse aux petits enfants de 3 à 6 ans des milieux ruraux et péri-urbains dont les mamans ou tutrices, sont appelées à se déplacer de manière régulière ou saisonnière pour leur travail. Elle s'adresse également aux jeunes filles dont la scolarisation est entravée par la garde de leurs plus jeunes frères et soeurs.

Si sur le plan des contenus, des programmes harmonisés et uniformes s'imposent désormais à toutes les structures d'encadrement de l'éducation préscolaire, celles-ci souffrent d'un manque de personnel stable et disposant des qualifications requises. Dans les garderies populaires les moniteurs, recrutés théoriquement au moins avec le niveau de la classe de 4^{ème} des collèges, ne reçoivent qu'un mois de formation professionnelle, alors que les éducateurs préscolaires adjoints employés en majorité dans les jardins d'enfants ne sont titulaires que du brevet d'études du

premier cycle ou ont tout au plus le niveau des classes de terminales de lycées. En outre, le faible niveau de rémunération des moniteurs ne favorise pas leur stabilité professionnelle. Enfin, les comités de gestion des garderies mis en place pour organiser les ressources communautaires vers l'autosuffisance et le développement durable de ces structures d'encadrement de la petite enfance n'ont pas encore atteint les objectifs visés.

L'enseignement primaire, la priorité nationale

En dépit des efforts déployés par l'État, l'enseignement primaire est caractérisé par une sous-scolarisation persistante, une efficacité interne réduite et des coûts unitaires élevés.

Entre 1985 et 1995, les effectifs scolaires ont progressé au taux moyen annuel de 7,2% passant de 351 857 à 705 927, soit un doublement en l'espace de 10 ans. Malgré cet accroissement, le taux brut de scolarisation reste faible, se situant parmi les plus bas de la sous région ouest africaine : 37,7% dont 30,4% chez les filles en 1995-1996.

Tableau n° 8 : Évolution des taux bruts de scolarisation au primaire entre 1992 et 1996

	1992/1993	1993/1994	1994/1995	1995/1996
Garçons	38	40	42,5	44,7
Filles	25,2	27	28,5	30,4
Déficit filles	(-12,8)	(-13)	(-14)	(-14,3)
Ensemble	31,7	33,8	35,7	37,7

Sources : Annuaire statistiques, MEBA

Quant à l'admission au cours préparatoire 1ère année (CP1) qui traduit mieux que tout autre indicateur le niveau d'accès à l'enseignement primaire, son taux fluctue entre 25 et 31% depuis les cinq dernières années : près de 70% des enfants de 7 ans (âge moyen légal d'admission au CP1) n'ont donc pas accès à l'école.

La faible couverture de l'enseignement primaire est doublée de disparités entre garçons et filles et entre provinces. L'écart de scolarisation entre garçons et filles s'est creusé au détriment de celles-ci passant de 12,8 points en 1992/1993 à 14,3 points

en 1995/1996. La représentation féminine dans les effectifs scolarisés, après avoir progressé entre 1988/1989 et 1993/1994 passant de 37,6% à 39% stagne depuis lors autour de ces 39%. On constate cependant que les filles sont mieux représentées dans les centres urbains où elles constituent par exemple en 1995/1996 49,5% des effectifs scolaires de la province du Kadiogo, essentiellement constituée par la ville de Ouagadougou. Leur proportion est aussi relativement élevée dans les écoles satellites (ES) et les centres d'éducation de base non formelle (CEBNF) (46,6% en 1995/1996) et dans les écoles privées (42,5%). Plusieurs études expliquent la sous-scolarisation des filles par des obstacles économiques, des pesanteurs socioculturelles mais également par des causes inhérentes au système scolaire tels que les longues distances village/école et l'échec scolaire. Des objectifs de réduction des écarts de scolarisation entre sexes ont néanmoins été fixés de manière spécifique dans le plan d'action pour l'éducation des filles 1994-2000.

Les disparités entre les zones rurales et les centres urbains et entre les provinces ne sont pas moins importantes. Ainsi en 1995/1996, les provinces du Kadiogo (88,7%), du Houet (54,1%) et du Boulkiemdé (48,3%), qui abritent les trois principales villes, étaient les plus scolarisées et accueillaient 43,1% des effectifs scolaires alors qu'elles concentraient seulement 19,5% de la population scolarisable. Dans les centres urbains ou semi-urbains, les ratios élèves/classe souvent élevés (de 70 à 100 élèves) imposent cependant le système de classes à double-flux, alors que dans les zones rurales faiblement scolarisées il est pratiqué la pédagogie des classes multigrades. En dehors de la province du Kadiogo qui a scolarisé en CP1 en 1995-1996 65,5% de ses enfants scolarisables (58,5% chez les filles et 73,5% chez les garçons) quatre catégories de provinces peuvent être identifiées :

cinq provinces ont scolarisé en première année entre 30 et 40% (Bam, Boulkiemdé, Houet, Sanguié et Sourou) ;

quatorze provinces ont scolarisé en première année entre 20 et 29% (Bazèga, Bougouriba, Boulgou, Comoé, Kéné Dougou, Kouritenga, Mouhoun, Nahouri, Oubritenga, Passoré, Poni, Sissili, Yatenga et Zoundwéogo) ;

sept provinces ont scolarisé en première année à moins de 20% (Ganzourgou, Gourma, Kossi, Oudalan, Sanmatenga, Séno et Soum) ;

trois provinces particulièrement défavorisées ont inscrit en 1995/1996 moins de 10% de leurs enfants scolarisables en CP1 (Gnagna, Namentenga et Tapoa).

Une des explications des disparités inter-provinciales tient à l'accessibilité même

de l'école : la distance moyenne actuelle école/domicile généralement parcourue à pied par les élèves, est de 5,8 km avec des variations atteignant 17 km dans certaines provinces. De telles distances dissuadent les parents d'envoyer leurs enfants et particulièrement leurs filles à l'école pour des raisons de sécurité et d'incapacité physique de marche. Dans ces conditions, l'une des mesures à prendre serait de mettre à la disposition des communautés de nouvelles infrastructures permettant de réduire ces distances.

L'efficacité interne de l'enseignement primaire est faible : les taux de redoublement et d'abandon sont relativement élevés. Selon le MEBA en 1995, sur 1000 élèves entrant au CP1, 383 dont 285 sans redoublement parviennent au CM2. Les taux moyens de redoublement entre le CP1 et le CM1 varient entre 11,9 et 15,5% mais ils atteignent 44% au CM2, ces redoublants espérant ainsi améliorer leurs chances de réussite au concours d'entrée au collège. Ces taux élevés de redoublement au CM2 couplés aux faibles taux de transition vers l'enseignement secondaire et de succès au Certificat d'Études Primaires (respectivement en moyenne de 30%, et de 54,8% pour la période 1991-1994) ont un effet négatif relativement fort sur l'efficacité du système.

Les moyennes des taux d'abandon bénéficient de l'interdiction de renvoi aux cours préparatoires (1,7% au CP1) mais elles atteignent 4,7% au CP2 et jusqu'à 15% au CE2. Un facteur important d'abandon est l'existence d'un grand nombre d'écoles incomplètes c'est-à-dire 1 à 3 classes au lieu de 6, (environ 70%) sur l'ensemble du territoire, dans lesquelles on pratique le recrutement biennal sauf dans les quelques rares écoles disposant de classes multigrades. Dès lors on comprend que redoubler équivaille alors à perdre deux ans ; ce qui est de nature à décourager les parents et les enfants.

Tableau n° 9 : Évolution des taux de rendement moyens entre 1988/1989 et 1991/1992 (%)

	CP1	CP2	CE1	CE2	CM1	CM2
Promotion	85,9	83,4	77,7	71,6	82,1	-
Redoublement	12,4	11,9	15	13,4	15,5	44
Abandon	1,7	4,7	7,3	15	2,4	-

D'autres facteurs agissent négativement sur la qualité de l'enseignement. Parmi ces facteurs, on note le faible niveau de formation professionnelle des maîtres. Bien que deux écoles normales assurent la formation de 700 maîtres par an, les besoins relativement importants ont imposé le recrutement direct de près de 5 800 maîtres entre 1992 et 1995. Ainsi, sur près de 14 000 maîtres dont un peu moins de 3 500 femmes (25%) enseignant dans les écoles primaires en 1996/1997, plus de 40% ne possédaient pas les qualifications professionnelles requises. L'encadrement pédagogique du personnel enseignant qui aurait pu pallier les lacunes de formation des maîtres est insuffisant : les ratios inspecteur et conseiller pédagogique/enseignants, respectivement d'un pour 150 et pour 220, sont élevés. En outre, les inspecteurs n'ont pas de moyens de transport adaptés ; ce qui ne leur permet pas d'assurer un suivi de proximité des maîtres bien qu'un corps d'instituteurs principaux ait été créé pour appuyer l'encadrement pédagogique.

Le personnel enseignant exerce dans des conditions difficiles leur travail. Très peu d'entre eux ont des logements de service (6 167 logements pour 12 743 enseignants en 1994/1995) dans un contexte d'habitat précaire en milieu rural ; ils ne disposent pas tous, pour des raisons de coûts d'un moyen de transport personnel adéquat, lequel est nécessaire à la pratique des activités de formation continue qui se déroulent dans le cadre des rencontres des groupes d'animation pédagogiques (GAP) regroupant les maîtres de 3 à 5 écoles voisines.

Comme nous l'avons vu, des efforts ont été déployés pour la révision et l'adaptation des programmes d'enseignement mais aucune des réformes n'a véritablement été appliquée. Aussi les récriminations contre le système éducatif persistent-elles alors qu'un système éducatif ne peut se développer durablement que s'il est voulu et accepté. L'offre actuelle d'éducation s'avère non seulement insuffisante mais elle semble également peu adaptée aux réalités économiques, sociales et culturelles du pays. Selon l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, les trois motifs invoqués pour la non scolarisation des enfants sont en effet les suivants : refus des parents (36,6%) ; absence d'école (18,9%) ; et coût jugé élevé (15%) (INSD 1996).

Les programmes d'enseignement restent encore dans l'ensemble théoriques, sans liens avec des applications dans le milieu ou dans la vie quotidienne de l'enfant. De plus, les résultats dans les acquisitions de connaissances sont souvent médiocres, faute notamment d'utiliser les langues maternelles pour les apprentissages de base. Une étude menée en 1990 a ainsi relevé le niveau insuffisant de connaissances des sortants du système :

- 75% des élèves du CM2 sont incapables de lecture courante de textes simples ;
- 80% de ces élèves sont incapables de lire et rédiger en français une petite rédaction décrivant une situation familière ;
- des résultats médiocres dans la résolution des problèmes et dans la mesure effective du temps et de l'espace en mathématiques.

La disponibilité des matériels didactiques dans les classes constitue un autre facteur à prendre en compte en matière de qualité de l'enseignement primaire : 60% des élèves n'ont pas de livre de lecture et 78% de livre de mathématiques. Les écoles manquent également de matériels collectifs tels que les cartes de géographie, les compendiums scientifiques ainsi que les supports audio-visuels. Plusieurs autres études ont d'ailleurs souligné le caractère élevé des coûts de l'enseignement primaire au regard des revenus de la majorité des ménages. L'INSD évaluait en 1994 à 12 000 F CFA le coût unitaire de l'éducation, par ménage et par enfant, qui s'avère être hors de portée de nombreuses familles dont le revenu monétaire moyen est de 34 380 FCFA par personne (INSD 1996). Le gouvernement, conscient de cette situation, a engagé un certain nombre de mesures incitatives pour réduire le coût de l'école chez certaines familles : distribution gratuite de manuels scolaires et dotation de vivres aux filles totalisant 85% de temps de présence par mois dans des provinces particulièrement défavorisées en matière de scolarisation.

Un autre facteur, non moins important du faible rendement de l'école, tient au mauvais état de santé et de nutrition de la majorité des élèves qui porte préjudice à leurs performances scolaires. Selon une enquête menée en 1987 et dont les résultats resteraient globalement valables, 18 à 46% des élèves souffrent de malnutrition chronique ; et les carences en vitamines A et en iode sont particulièrement fréquentes.

Sur un autre plan, les coûts de réalisation des infrastructures scolaires ont presque doublé après 1994, suite à la dévaluation du franc CFA, les matériaux de construction étant pour l'essentiel importés. La conséquence en a été un recours plus grand à la contribution des parents d'élèves, des communautés de base et des associations locales dans la prise en charge des investissements et des frais de fonctionnement des écoles (apports en nature, corvée d'eau, diverses cotisations y compris pour l'acquisition de matériels didactiques et de fournitures scolaires). Une stratégie de réduction des coûts de construction est certes en cours de développement mais il est nécessaire de déterminer avec précision les diverses formes de prise en charge de ces coûts et des dépenses de fonctionnement des écoles et les modalités de leur partage entre les différents acteurs.

Finalement, la question essentielle qui se pose est de savoir comment ajuster l'école aux attentes et aux capacités des communautés. Quoi qu'il en soit, il apparaît clairement que le système d'enseignement primaire actuel permettra difficilement à lui seul d'alphabétiser tous les Burkinabé : avec le cinquième du budget national, on scolarise à peine 40% des enfants. Des stratégies alternatives de lutte contre l'analphabétisme doivent être nécessairement développées, notamment dans le cadre de l'éducation non formelle.

L'éducation de base non formelle

L'éducation non formelle regroupe toutes les activités d'éducation et de formation, structurées et organisées dans un cadre non scolaire. Elle est essentiellement comprise comme étant celle dispensée dans les Centres Permanents d'Alphabétisation et de Formation (CPAF), les Centres de Formation des Jeunes Agriculteurs (CFJA), les Centres d'Éducation de Base Non Formelle (CEBNF) et dans diverses autres structures de formation et d'encadrement comme l'Opération ZANU ; elle se fonde sur l'alphabétisation dans les langues nationales.

Après deux décennies de campagnes diffuses à faible impact, effectuées essentiellement par les missions chrétiennes et la communauté musulmane et quelques ONG, l'alphabétisation n'a suscité l'intérêt de l'État qu'à la fin des années 1970. Appuyée par une intense recherche linguistique, celle-ci a connu un développement spectaculaire au cours des dernières années. Deux étapes peuvent être mises en évidence. La première, celle de l'alphabétisation de masse dénommée opération "Commando" et "Bantaré", a comporté entre 1985 et 1990 des programmes résidentiels avec internat pour les participants, et garderies pour les enfants en bas âge. Au cours de ces cinq années, près de 80 000 apprenants ont été initiés et un peu plus de 32 000 ont été déclarés alphabétisés. Le coût, relativement élevé de ces opérations, a conduit à leur abandon à partir de 1990 au bénéfice de la stratégie développée actuellement dans les CPAF qui vise l'appropriation du processus d'alphabétisation par des apprenants se dotant eux-mêmes de leurs matériels individuels et gérant leurs centres de formation. Au cours de la période 1990-1995, cette nouvelle stratégie a permis d'initier plus de 396 000 apprenants soit près de cinq fois plus que pendant la période précédente dont un peu plus de 174 000 ont été déclarés alphabétisés. Les effectifs des apprenants, qui sont alphabétisés dans vingt langues nationales, ont enregistré un accroissement régulier, passant de 47 386 à 108 938 entre 1990 et 1995 soit un taux d'accroissement moyen annuel de 18,1% ; le nombre des CPAF est passé de 1871 à 3978 (dont 17,2% créés par des ONG) au cours de la même période.

En dépit de ces efforts, le taux d'alphabétisation reste faible : estimé à 14,5% en 1985 par le recensement général de la population, il était de 18% en 1990 et de 22,2% en 1994 (INSD 1996). Les disparités entre sexes et provinces sont très prononcées : en 1990, les hommes avaient un taux d'alphabétisation de 23,5% contre seulement 8% chez les femmes. Il convient cependant de noter que la proportion des femmes dans les programmes d'alphabétisation augmente régulièrement ces dernières années : 35% en 1990 et 52,4% en 1995. S'agissant des disparités géographiques et socio-économiques, l'INSD note que la présence en ville des ménages pauvres constitue pour ceux-ci un avantage appréciable en matière d'alphabétisation : les plus pauvres des villes ont deux fois plus de chance d'être alphabétisés et restent dans la moyenne nationale, alors que les plus pauvres des campagnes ont des taux d'alphabétisation deux fois inférieurs à cette moyenne nationale (INSD 1996).

Les taux d'abandon restent cependant assez élevés : entre 1992 et 1995, 28,8% des inscrits avaient en moyenne abandonné avant la phase de l'évaluation, et le taux moyen de réussite n'a été que de 63,5%. De tels résultats s'expliqueraient par : le manque de matériels individuels chez un grand nombre d'apprenants ; l'insuffisance de la formation des superviseurs et des animateurs ; les ratios élevés superviseur/centres qui dépassent très souvent la norme 1/8 ; les insuffisances de la post-alphabétisation (fonds documentaires, personnes ressources, animateurs spécialement formés, etc.) pour accompagner les néo-alphabétisés.

Tableau n° 10 : Taux d'abandon et de réussite en alphabétisation entre 1992 et 1995

	Inscrits	Évalués - abandons	%	Alphabétisés	%
1992/1993	80 931	56 953	29,6	37 023	65
1993/1994	95 588	67 041	29,9	42 752	63,8
1994/1995	102 024	73 356	28,1	44 826	61,1
1995/1996	109 326	77 441	27,5	48 050	64
Moyennes %			28,8		63,5

Les faibles performances du système de l'éducation de base ainsi que l'expérience des différentes réformes engagées conduisent aux constats suivants :

- la participation réelle des communautés au processus d'élaboration et de mise en oeuvre des différents plans de développement de l'éducation est fondamentale dans

la mesure où certains programmes (école rurale ; réformes successives de l'éducation) ont échoué pour n'avoir pas su prendre en compte les besoins réels des populations ;

- le développement quantitatif de l'éducation de base, au risque de se bloquer, ne doit pas occulter l'aspect qualitatif ; et une attention doit être accordée à la définition des connaissances et des savoir-faire à promouvoir pour la survie et le développement des individus et de la communauté ;
- les actions ne sont efficaces que lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre bien défini avec des points de repère précis en matière notamment d'éducation qui vise à faire de l'apprenant, un type bien précis de citoyen appelé à vivre dans une société donnée comme l'ont rappelé les États Généraux sur l'Éducation tenus en septembre 1994 ;
- les actions sont d'autant plus efficaces qu'elles se mènent à partir d'une connaissance précise et profonde des problèmes dont on cherche la solution ; et il y a donc lieu de créer les conditions pour développer la recherche, tout en ne négligeant pas l'apport précieux que constituent les expériences des autres pays ;
- l'existence de nombreuses pesanteurs socio-économiques, encore insuffisamment maîtrisées, indique bien que par delà les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'éducation ci-dessus évoqués, l'intérêt doit être porté aussi sur les questions de gestion, de mobilisation de ressources et de développement de l'expertise nationale.

Ces constats permettent de suggérer un certain nombre de mesures dont les plus importantes nous semblent être les suivantes :

- une prise en compte sérieuse et positive de l'éducation traditionnelle dans l'enseignement formel tant dans son contenu, ses finalités et ses méthodes que dans sa réalité quotidienne dans la vie concrète de l'immense majorité de la population Burkinabé. Cette éducation traditionnelle pourrait être valorisée aussi bien pour elle-même qu'en ce qu'elle peut aider à améliorer l'éducation moderne, quelle soit formelle ou non, dans sa vocation socialisante et intégrante pour l'individu ;
- le développement de l'éducation non formelle pour elle-même et pour ce qu'elle pourrait apporter à l'éducation formelle ;
- la définition de stratégies claires et pertinentes de mobilisation et de conscientisation des populations afin de réduire la tendance déjà manifeste à la déscolarisation ; la question de l'offre ne suffit pas à elle seule, encore faudrait-il cultiver la demande sociale positive ;

- une nouvelle approche de l'éducation dans son contenu et son orientation qui intégrerait en particulier le concept de l'éducation au développement" pour la participation à un développement solidaire ;
- le développement de l'éducation permanente et le goût de la culture auprès des jeunes ;
- la valorisation du partenariat, surtout avec les communautés de base et les parents d'élèves afin d'avoir plus de chance de les impliquer dans une politique éducative à laquelle ils adhéreront parce qu'ils s'y retrouvent.

EMPLOI ET SÉCURITÉ SOCIALE

L'emploi

Politiques et programmes

L'État Burkinabè a constitué pendant longtemps le principal employeur du pays en raison du rôle prépondérant qu'il jouait dans le domaine économique. Avec la mise en oeuvre des PAS et la libéralisation économique, il est de plus en plus fait appel au secteur privé qui doit assurer la relève. Le nouveau rôle de l'État consiste à promouvoir l'emploi en stimulant l'initiative privée, en particulier celle des jeunes diplômés sans emplois, des migrants de retour, des travailleurs déflatés, des femmes, des jeunes filles et du secteur informel. Il s'agit d'accroître l'investissement public de base et le recours aux travaux à haute intensité de main-d'oeuvre et de soutenir le développement des petites et moyennes entreprises dans le milieu urbain. Dans le milieu rural, l'effort porte sur la promotion des activités génératrices de revenus monétaires. Divers programmes sont mis en oeuvre dans le cadre de la promotion des petites et moyennes entreprises : le Fonds National pour la Promotion de l'Emploi (FONAPE) facilite l'installation de quelque 4.000 jeunes promoteurs par an ; le Programme National d'Appui à la Réinsertion des Travailleurs Déflatés (PNAR-TD) touche une centaine de déflatés par an ; le Fonds d'Appui au Secteur Informel (FASI) ; le Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes (FAARF), etc. Deux programmes visent spécifiquement la création d'emplois temporaires permettant l'amélioration des revenus : le programme d'exécution des travaux d'intérêt public (FASO BAARA) en milieu urbain ; et le Programme Spécial de Travaux Publics à Haute Intensité de Main- d'Oeuvre (PSTP/HIMO) en milieu rural.

Mais si ces programmes arrivent à procurer quelques emplois et à améliorer les revenus de certains ménages, leur impact sur la situation générale de l'emploi reste faible. C'est pourquoi, les Etats Généraux de l'emploi, tenus en 1996, ont dégagé les axes prioritaires d'intervention suivants : promotion de l'emploi ; développement de la formation professionnelle ; intégration de la femme au développement par la promotion d'activités génératrices de revenus monétaires ; développement participatif et extension de la protection sociale.

Situation actuelle

L'emploi au Burkina est principalement caractérisé par :

- une prédominance du secteur primaire (93,2% des actifs en 1991) et singulièrement de l'agriculture dont la productivité est cependant faible et fortement dépendante des aléas pluviométriques, les secteurs secondaire et tertiaire n'occupant respectivement que 1,4% et 5,4% des actifs ;
- la prépondérance des aides familiaux chez les actifs (67,4%) et par conséquent la faible proportion des travailleurs indépendants (29,3%) et surtout des salariés (3%) qui sont des hommes en majorité (70%) ;
- la relative importance du secteur informel (12% des actifs), particulièrement en milieu urbain où celui-ci emploie environ 80% des actifs ;
- une proportion relativement élevée des agents du secteur public (46.777 en 1995) au sein des salariés dont le nombre total est estimé à 173 000 en 1995 ;
- et l'importance des activités secondaires, déclarées par le quart de la population active, qui traduit l'ampleur du sous-emploi, notamment en milieu rural.

D'une manière générale, la participation à l'activité économique est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (53,3% contre 37,9% en 1994) et chez les hommes actifs que chez les femmes actives (53,1% contre 48,6% en 1994) (INSD 1996). Le taux de dépendance est élevé parce que la proportion des moins de 15 ans reste forte et a même tendance à s'accroître (41,8% en 1960 et 49% en 1991).

Dans l'ensemble, le taux de chômage est faible (1,1% en 1991 et 2,6% en 1994) même s'il cache les réalités suivantes : la forte prévalence du chômage chez les diplômés ; les fortes disparités du phénomène entre le milieu rural (0,8%) et le milieu urbain (15,8%) et en particulier Ouagadougou (18,2%) et Bobo-Dioulasso (18%) et selon l'âge (65% des chômeurs ont moins de 24 ans) ; et la prépondérance

parmi les chômeurs de personnes en quête du premier emploi (81,1%) et qui sont en majorité analphabètes (52,2%) ou d'un niveau d'instruction inférieur ou égal à celui de l'école primaire (31,5%) (INSD 1996).

Les demandes d'emploi enregistrées par l'Office National de la Promotion de l'Emploi (ONPE) ont en effet progressivement diminué en raison aussi de la perte du monopole de l'Office dans le placement des demandeurs d'emploi : de 30 000 à 35 000 par an entre 1986-1991 à quelque 25 000 en 1992-1994 et à 11 781 en 1995 mais l'ONPE n'a en moyenne pu satisfaire que 3 à 3.500 demandes par an soit à peine un dixième de celles enregistrées (INSD 1997).

Le rythme de création d'emplois salariés a diminué de 7% à 3,5% en moyenne par an entre la période 1980-1990 et celle de 1990-1993 alors que près quelque 7 280 travailleurs perdaient leur emploi entre 1989 et 1995, essentiellement par licenciement (80%). 70% de ces pertes d'emplois étaient imputables au secteur public et para-public à cause des "dégagements" de certains agents de la Fonction Publique et de l'imposition par les PAS de la rigueur dans la gestion des ressources. Le secteur privé, bien que tributaire de quelque 2 100 départs, a fait preuve de dynamisme avec la création de 4 523 entreprises et de 15 086 emplois (PNUD 1997).

Dès lors on comprend les difficultés rencontrées par l'Etat dans la mise en place d'un système de sécurité sociale formel fondé sur l'emploi salarié.

La sécurité sociale et son dispositif institutionnel

Deux types de sécurité sociale coexistent : l'un formel concernant essentiellement les travailleurs salariés (environ 173 000 pour quelque 12 000 employeurs déclarés en 1995) et leurs familles soit moins de 5% des Burkinabé ; et l'autre, non formel relevant des solidarités familiales et communautaires à laquelle souscrit cependant la quasi-totalité de la population.

Le dispositif formel

Le dispositif formel de sécurité sociale a été mis en place par l'administration coloniale en vue de la protection de ses salariés indigènes. Ce dispositif a été renforcé après l'indépendance du pays mais sans extension notable ni dans sa couverture ni dans l'éventail de ses prestations. Les prestations de sécurité sociale sont essentiellement

assurées par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO).

La CNSS est un établissement public à caractère industriel et commercial chargé de la gestion du système de sécurité sociale des travailleurs régis par le code du travail, le code de sécurité sociale et les conventions collectives. Toutes les autres catégories de travailleurs dont ceux des professions libérales, les commerçants, les agriculteurs, les éleveurs etc, en sont exclus. Elle offre des services dans les domaines suivants : prestations familiales et de maternité ; accidents de travail et risques professionnels ; et assurance vieillesse, d'invalidité et de décès.

La CNSS connaît actuellement de nombreuses contre-performances pour diverses raisons :

- le déphasage entre les besoins nés de l'évolution économique et sociale du pays et le nombre limité des prestations offertes ;
- une gestion peu performante des ressources ;
- la coexistence de branches excédentaires et de branches déficitaires ;
- les prélèvements de l'État pour le financement de divers travaux ne relevant pas toujours des services sociaux.

Le diagnostic de la CNSS révèle en fait des insuffisances de plusieurs ordres qui sont liées au statut et au fonctionnement de l'institution, à la législation relative au régime des différentes prestations et à la nature même des prestations. Le statut actuel de la CNSS est inadapté parce qu'il ne lui permet même pas de répondre aux besoins de ses bénéficiaires : l'éventail des prestations, trop limité, ne concerne ni l'éducation, ni la santé en général qui préoccupent l'ensemble des travailleurs, salariés ou non. Ceci l'est d'autant plus que le postulat initial de la gratuité de ces services n'est plus de mise avec le désengagement progressif de l'État.

La CARFO, quant à elle, est chargée de la gestion des pensions des fonctionnaires civils et militaires, des magistrats et de leurs ayants droit ; elle assure également le remboursement des cotisations sociales et le paiement des capital décès. De création relativement récente, l'Office de Santé des Travailleurs s'occupe de la santé des travailleurs mais seulement à leur son poste de travail. Quelques mutuelles ont tout de même été constituées au cours de ces dernières années : Société Burkinabé d'Assurance Secours (SOBAS) ; Compagnie d'Assistance de Secours d'Urgence du Burkina (CASUB) ; Mutuelle Burkinabé d'Assurance Sociale et de Solidarité (MUBASS) ; Nationale d'Entraide Sociale et de Solidarité Africaine (NESSA) ; Mutuelle de la CNSS ; Mutuelle de la SONABEL. Mais ces mutuelles, regroupant

essentiellement des commerçants, mécaniciens, tailleurs en milieu urbain et des groupements villageois en milieu rural ne présentent pas encore, pour la plupart, des garanties de solvabilité suffisantes. Les compagnies d'assurance et les banques offrent aussi des services de sécurité sociale (pension complémentaire, assurance vie etc.) qui ne sont cependant accessibles qu'à une infime minorité de Burkinabé.

Le dispositif non formel

Dans le milieu urbain et surtout dans les zones rurales, la famille reste la première institution de protection sociale, suivie du clan puis du village. La solidarité familiale permet certes de résoudre certains problèmes liés aux aléas ordinaires de la vie mais elle a ses limites en cas par exemple de mauvaises récoltes, de soins médicaux sophistiqués et en dehors du contexte villageois. Dans les villes, cette solidarité familiale est d'ailleurs mise à rude épreuve par la crise économique. A cette solidarité s'y ajoutent néanmoins les tontines qui prennent de l'ampleur chez les travailleurs de certaines catégories socio-professionnelles du secteur informel (petits commerçants, bouchers, tailleurs etc.). Mais c'est surtout le récent développement du mouvement mutualiste et des ONG qui permet en quelque sorte de compenser un tant soit peu les défaillances du dispositif formel de protection sociale qui, non seulement a un très faible couverture de la population mais offre également des prestations jugées insuffisantes.

L'analyse du système de sécurité sociale, qu'il soit formel ou non, indique la nécessité de redéfinir une nouvelle politique générale qui tienne compte des besoins réels des Burkinabé en visant : l'accroissement du taux de couverture ; l'élargissement de l'éventail des prestations offertes qui intégrerait notamment la santé et l'éducation ; et l'amélioration de la distribution des richesses nationales permettant à tout Burkinabé d'accéder à un minimum de sécurité sociale. Cette réforme du système de la sécurité sociale aurait par conséquent pour stratégies :

- la promotion de l'approche intégrée des secteurs sociaux en vue de les prendre progressivement en compte dans les politiques de protection sociale, à commencer par l'éducation de base et les soins de santé primaires.
- la définition d'un cadre législatif et réglementaire unique pour le nouveau système de protection sociale intégrant, entre autres, les composantes actuelles du système de sécurité sociale ;
la promotion du mouvement mutualiste auprès des travailleurs non salariés tirant leurs revenus de l'agriculture, de l'artisanat des professions libérales, etc. ;
- la coordination des interventions en matière de protection sociale en vue de pouvoir développer les meilleures stratégies de distribution des richesses nationales qui renforceront la solidarité nationale.

Tout ceci suppose évidemment que le rôle de l'État soit repensé afin de lui donner les capacités d'arbitrage nécessaires entre les forces du marché qui s'imposent de plus en plus dans l'offre des services sociaux et l'application de sa ferme volonté de permettre à tous les Burkinabé et singulièrement aux groupes vulnérables (pauvres, femmes, jeunes) d'accéder à un minimum social garanti.

CHAPITRE 3 : REPENSER L'ÉTAT SOCIAL

La protection sociale soulève en réalité une question politique de taille parce qu'elle relève de la responsabilité de l'Etat, voire de la souveraineté nationale et qu'elle intéresse tous les citoyens, ceux-là qu'on retrouve dans le sens étymologique de la "République". D'où l'évidence du lien existant entre protection sociale et démocratie.

PROTECTION SOCIALE ET DÉMOCRATIE

Élément essentiel des politiques publiques, la protection sociale tant dans ses formes et sa qualité que dans son étendue, constitue le baromètre le plus fiable de l'état de santé du politique dans un pays, un peu comme disait ce penseur des prisons : "la qualité des prisons est un indicateur de la qualité de la vie sociale nationale tout entière". En tant qu'expression de la justice sociale et de la solidarité nationale, ses corollaires les plus immédiats sont la démocratie et la gestion républicaine de la vie nationale. Ainsi la démocratie apparaît comme étant la première conditionnalité d'une protection sociale efficace qui suppose l'engagement conscient et responsable de toutes les couches sociales et de tous les citoyens. C'est pourquoi, un bon état des principaux secteurs sociaux tels que la santé, l'éducation, l'emploi et la sécurité sociale est déterminant pour l'instauration de la démocratie qui, à son tour, conforte cet état. Le respect des droits de la personne n'est-il pas en lui-même une urgence de la protection sociale ? D'où l'intérêt politique et opérationnel de faire de la protection sociale une composante essentielle du développement humain durable, nouveau concept mais aussi nouvelle approche du développement, qui, lui-même, exige une politique fondée sur la démocratie, le respect des droits de la personne, la recherche d'une meilleure qualité de la vie et la gestion harmonieuse de l'environnement.

Engagé depuis 1991 dans un difficile et long processus de démocratisation de la vie nationale (après une quinzaine d'années de régimes politiques d'exception), l'État Burkinabè affiche, comme nous l'avons vu de manière spécifique pour les secteurs de la santé et de l'éducation, une volonté politique constante en faveur de la protection sociale même si les moyens nécessaires n'ont pas toujours été dégagés en conséquence. En témoignent tous les efforts déployés pour améliorer le système de l'éducation de base à travers notamment les différentes tentatives de réforme de l'enseignement et les campagnes d'alphabétisation : le taux d'alphabétisation a tout de même quadruplé depuis l'indépendance du pays, passant de 5% en 1960 à 8% en 1970 et à 22,2% en 1996. Sur le plan de la santé, des progrès notables ont également

été enregistrés dans l'extension de la couverture des services publics : l'espérance de vie a augmenté de 36,2 ans en 1960 à 52,2 ans en 1996. Les services publics d'éducation et de santé, sur lesquels l'État a le plus d'emprise comparativement aux autres services sociaux, ont même pu être relativement protégés par rapport aux mesures drastiques des PAS : le budget consacré à l'éducation de base s'accroît assez régulièrement même s'il s'avère insuffisant ; et le recrutement des personnels des services publics de santé a été poursuivi. Les dépenses estimées de fonctionnement et d'investissements des ministères clés des secteurs sociaux ont presque doublé au cours des cinq dernières années : 43 milliards de FCFA en 1991 ; 56,6 milliards en 1994 ; et 71,4 milliards en 1995 (PNUD-BURKINA FASO 1995). Ces secteurs sociaux tiennent d'ailleurs une place primordiale dans les plans et programmes de coopération entre l'État et ses différents partenaires techniques et financiers ; et l'exercice de programmation groupée des secteurs sociaux (santé de base, eau et alimentation ; éducation et formation ; protection et promotion sociale des populations vulnérables ; promotion de l'emploi et lutte contre la pauvreté ; pauvreté et protection de l'environnement ; population et développement durable) de la période 1996-1998 peut être considérée comme un signe précurseur pour l'engagement d'un processus visant la conception d'une véritable politique de protection sociale globale.

Cette programmation est du reste fondée, rappelons-le sur la stratégie de la Lettre d'Intention de Politique de Développement Durable (1995-2005) du Gouvernement qui s'articule autour d'un enjeu fondamental, la garantie de la sécurité humaine permettant à chaque Burkinabé, d'accéder à :

- la sécurité économique liée à un emploi rémunérateur ;
- la sécurité sanitaire entendue comme étant l'accès à un moindre coût aux soins médicaux ;
- la sécurité alimentaire définie comme étant l'accès à une alimentation de base, y compris l'eau potable ;
- la sécurité environnementale liée à la préservation d'un environnement sain ;
- la sécurité individuelle et politique.

En soutien dans la concrétisation de cette volonté politique ainsi affirmée, des ONG, de plus en plus nombreuses interviennent aussi dans les secteurs sociaux. La reconnaissance de ce soutien par l'État traduite par la création en 1984 d'un Bureau des Liaison des ONG Nationales (BLONGA) s'est particulièrement exprimée dans l'adoption de la loi du 15 décembre 1992 portant liberté d'association et indiquant les conditions dans lesquelles une association peut être reconnue d'utilité publique et accéder ainsi à des ressources publiques pour le financement de ses activités. Mais il s'agissait de légitimer une situation de fait parce que les communautés de base ont toujours eu des systèmes et des pratiques de régulation et de protection

sociale leur permettant de répondre de manière organisée et avec plus ou moins de succès aux différents problèmes qui se posaient à elles et à ses membres : famines, épidémies, calamités naturelles, soutien à une personne ou à un ménage en difficulté temporaire etc. Ces pratiques institutionnalisées, souvent décrites comme étant l'expression de la solidarité familiale ou communautaire africaine, sont en effet restées vivaces même si certaines d'entre elles ont été sérieusement ébranlées par les effets de la récente crise économique et l'emprise croissante de l'individualisme véhiculé par les modèles socio-culturels occidentaux ; D'autres se sont simplement refunctionalisées dans de nouveaux cadres de solidarité dressés par un mouvement associatif formel national, initié surtout à partir des années 1970.

Dès l'époque coloniale des formes non structurées de bénévolat ou de volontariat ont existé dans les écoles et les dispensaires des missionnaires qui distribuaient aussi vêtements, vivres et médicaments mais leurs actions bénéficiaient seulement à quelques régions "privilégiées" du pays (Dano, Réo, Toma, Koupéla, Kongoussi etc) et servaient surtout de support aux campagnes d'évangélisation. Les ONG en tant que structures formelles d'assistance sont en fait nées avec le mouvement de la décolonisation : à l'aide publique rendue nécessaire au développement du pays devenu indépendant, s'était doublée une assistance de la société civile (syndicats, association de médecins, d'agriculteurs etc ;) et des missions religieuses des pays du Nord. Le mouvement associatif et ses activités ne se sont cependant véritablement développés au Burkina qu'à partir des années 1968-1974 à la faveur de la forte médiatisation de la grande sécheresse de la période, qui a montré l'importance des besoins d'aide d'urgence (vivres, médicaments) à la satisfaction desquels ont participé de nombreuses ONG des pays du Nord, plus alertes que les services publics en la matière. Afin d'accroître leur efficacité sur le terrain, certaines d'entre elles ont ouvert des bureaux au Burkina ; d'autres ont préféré encourager la constitution d'associations nationales qui leur servaient en fait d'agences d'exécution pour leurs activités. Par la suite, l'ouverture démocratique survenue à partir de 1991 et l'adoption en conséquence de la loi ci-dessus évoquée ont accéléré le processus de création des ONG : en 1995, le Conseil Économique et Social dénombrait 127 ONG étrangères et 80 associations nationales méritant selon les textes le qualificatif d'ONG parce qu'officiellement reconnues d'utilité publique, sans compter les quelque 6 000 associations nationales et 12 000 groupements pré-coopératifs et coopératifs. Sur ces 207 ONG, 149 soit 72% d'entre elles opéraient dans les secteurs sociaux.

D'abord d'obédience essentiellement caritative et visant l'aide d'urgence jusqu'à la fin des années 1970, les ONG ont en effet investi depuis cette période le champ du développement économique, social et culturel : production (agriculture, élevage, artisanat) ; environnement (lutte contre la désertification) ; secteurs sociaux de base

(santé, éducation, habitat, eau potable etc.) ; assistance à des groupes spécifiques (femmes, jeunes en difficulté, handicapés etc.). Les ressources ainsi mobilisées se sont accrues d'environ 3,5 milliards de FCFA en 1970 à 7,3 milliards de FCFA en 1990 soit tout de même un dixième de l'aide publique au développement du pays.

Le secteur social de prédilection des ONG est l'éducation en général c'est à dire l'alphabétisation dans les langues nationales et surtout "l'éducation des adultes" pour le développement, entendue dans son sens le plus large ; suit la santé où interviennent essentiellement les associations caritatives des missions chrétiennes et les associations de professionnels de la santé. Il faut néanmoins noter le rôle pionnier que les ONG ont joué dans certains domaines particuliers comme le renforcement des moyens d'action des femmes, le développement de la planification familiale et la promotion des droits de la personne dans lesquels elles ont été avant-gardistes par rapport à l'État.

Même si la création des premières associations de femmes au début des années 1970 avait été suscitée par les différents partis politiques d'alors pour des besoins électoralistes, celles-ci ont été des pionnières en matière de sensibilisation des populations et des décideurs vis-à-vis des questions du genre dans divers cadres : lutte contre le lévirat et l'excision; promotion des activités génératrices de revenu auprès des femmes ; amélioration du dispositif législatif et réglementaire; promotion de la planification familiale etc. Ces associations sont d'ailleurs devenues si nombreuses, diverses et actives qu'elles ont été amenées à mettre en place des structures de coordination de leurs activités, en particulier le Collectif des ONG et Associations Féminines du Burkina (COAFEB) en 1994. Leur plaidoyer a sans doute aussi contribué à la création, pour la première fois dans le pays, d'un Ministère de la Promotion de la Femme en 1996.

Constituée en 1979, l'Association Burkinabé de Bien-Être Familial (ABBEF) a pour sa part joué un rôle fondamental dans la mobilisation de la société civile en faveur de la planification familiale ; et son plaidoyer a permis d'accélérer le processus ayant conduit l'État à engager son premier programme en la matière en 1984 et à adopter une politique nationale de population en 1991. Quant au Mouvement Burkinabé des Droits de l'Homme et des Peuples (MBDHP) créé en 1989 , il est par exemple très présent dans la vie politique nationale pour tout ce qui a trait aux droits de la personne et a fortement contribué à l'émergence progressive de l'État de droit.

Non seulement le mouvement associatif s'est développé ces dernières années mais il a aussi ouvert de nouveaux champs d'intervention : scolarisation de la jeune fille ; préservation de l'environnement ; protection des consommateurs ; éducation pour

le développement etc. Ce qui indique un certain renforcement de la société civile mais complexifie davantage le paysage du mouvement associatif qui est devenu touffu et très diversifié en dépit des efforts déployés par les ONG pour la coordination de leurs activités. Créé en 1975, le Secrétariat Permanent des ONG (SPONG) ne comptait que 73 membres en 1995 soit moins du quart des ONG reconnues comme telles par la relative importance de leurs réalisations à l'échelle nationale. En effet, certaines ONG nationales n'ont d'existence que de nom : elles ont ni siège physique, ni plans de travail et ne renouvellent pas leurs instances conformément aux textes les régissant. Dans d'autres, les fondateurs s'érigent en "propriétaires" inamovibles dans leurs postes quand bien même les assemblées générales et autres instances se tiendraient avec une relative régularité.

Plusieurs ONG nationales se sont simplement constituées parce qu'il y avait, en fonction de certaines modes lancées par les différentes conférences mondiales, des fonds affectés à tel ou à tel autre secteur d'activités par les partenaires au développement ; et elles sont dans leur majorité partantes pour toute activité suscitée, pourvu que le financement soit assuré. Il faut noter que la pauvreté et le chômage prévalant surtout en milieu urbain et particulièrement à Ouagadougou où se trouve le siège de la plupart des ONG nationales d'envergure en constituent certainement des facteurs explicatifs. Mais le résultat en est que certaines ONG nationales semblent avoir perdu leur fondement humanitaire ou de solidarité pour le développement national et sont en réalité devenues des institutions à but lucratif ou tout au moins pourvoyeuses d'emplois ou de primes, étant entendu que "le bénévolat" justifie aussi souvent chez quelques responsables de ces organisations l'utilisation abusive de véhicules et autres moyens communautaires à des fins personnelles. En cela, elles ressemblent de plus en plus aux ONG étrangères établies dans le pays et qui, à partir de ressources publiques ou privées provenant des dons ou taxes des contribuables des pays du Nord, permettent également à un personnel, parfois assez nombreux, d'avoir une certaine garantie de l'emploi.

Quant à ces ONG étrangères, leur caractère non gouvernemental doit dans bien de cas être nuancé pour au moins deux raisons : l'action de plusieurs d'entre elles est bel et bien guidée parce qu'elles travaillent exclusivement ou en partie avec des ressources publiques soit sous forme de subventions des gouvernements de leur pays d'origine soit à travers l'obtention par appel d'offres de marchés publics de ces pays ; les responsables de terrain étant des employés permanents, ils s'arrangent souvent pour avoir de bons rapports avec les responsables des services nationaux partenaires et ce pour leurs intérêts stratégiques propres et en être de ce fait des alliés objectifs. Dès lors on comprend que les ONG étrangères disposant des moyens financiers les plus importants pour leurs activités affichent presque toutes soit leur nationalité

d'origine soit leur appartenance religieuse pour des besoins de plaider en faveur de leurs bailleurs de fonds et de leurs rôles respectifs dans le pays. C'est pourquoi, elles opèrent aussi quasi-exclusivement dans des champs à faible sensibilité politique mais à grande visibilité (infrastructures sanitaires, cantines scolaires, eau potable etc.), laissant aux ONG nationales le soin traiter de toutes les questions de fonds jugées plus délicates (et relevant dirait-on de problèmes nationaux) et pour lesquelles elles s'érigent à leur tour parfois en discrets bailleurs de fonds: renforcement des moyens d'action des femmes, planification familiale ; promotion des droits de la personne, etc.

La plupart des ONG nationales travaillant par à coup en fonction de la disponibilité des financements, il est à craindre dans ces conditions que les projets de renforcement de la société civile à travers le financement de certaines d'entre elles n'en fassent que de simples agences d'exécution pour l'application de choix faits ailleurs et ne répondant pas nécessairement aux intérêts stratégiques de l'État ou surtout des Burkinabé, pris dans leur ensemble. Peut-être que les ONG nationales n'ont véritablement pas la latitude de faire des choix politiques ou stratégiques : soit elles se confinent dans l'accompagnement des programmes initiés par l'État soit elles ne sont que des agences d'exécution d'actions suscitées ou promues par les partenaires au développement extérieurs.

Somme toute, le mouvement associatif s'avère être d'une extrême diversité sur plusieurs plans (nature, champ d'activités, couverture géographique, ressources ; nationalité ; style et approche d'intervention etc.) ; il joue par conséquent des rôles très variés en matière de protection sociale mais ces rôles sont malheureusement encore peu connus, notamment sur le plan du politique. Ceci est d'autant plus préoccupant que l'analyse des secteurs de la santé, de l'éducation de base, de l'emploi et de la sécurité sociale indique l'existence de nombreuses contraintes au développement social du pays. Un certain nombre de constances posent en effet de sérieux problèmes auxquels il faudrait trouver des solutions appropriées :

- la relative insatisfaction des usagers pour les services offerts qui sont soit insuffisants soit inadaptés à leurs besoins ;
- la coexistence de deux modèles de services sociaux évoluant presque parallèlement (éducation traditionnelle/enseignement formel ; médecine traditionnelle/médecine moderne ; sécurité sociale formelle et non formelle) et qui sont assez différemment traités et appréciés par les différents acteurs du développement social ;

- le recul de l'État dans l'offre de ses services sociaux formels (emploi en particulier) au profit des secteurs privé et communautaire qui ne semblent pas en mesure, en tout cas dans le contexte actuel, de prendre la relève ;
- l'absence d'une définition claire des rôles et des responsabilités des différents acteurs de la protection sociale (Etat, bailleurs de fonds, ONG, communautés de base etc.) ;
- la forte prévalence de la pauvreté et l'existence d'une corrélation entre la pauvreté monétaire et l'accès aux services sociaux de base dont l'usage est de plus en plus facturé : les 20% des ménages les plus pauvres ont par exemple un taux d'alphabétisation de 7% alors que ce taux atteint 44% pour les 20% les plus riches ; de même, 20% des ménages les plus pauvres scolarisent leurs enfants à 19% tandis que les 20% des ménages les plus riches le font pour 60% des leurs (INSD 1996) ;
- la prépondérance des référents extérieurs dans les modèles de services sociaux construits par l'Etat (SSP de Alma Ata et IB pour la santé ; Jomtien pour l'éducation etc.) qui, au lieu d'inspirer les politiques nationales, semblent s'imposer tout en faisant fi des réalités burkinabé.

Mais s'il y a comme une volonté de l'État et des autres acteurs pour la formulation d'une nouvelle politique de protection sociale globale, celle-ci doit nécessairement partir, comme nous l'avons vu pour la santé, l'éducation et la sécurité sociale, des réalités nationales et d'un diagnostic précis des politiques en cours et de leurs effets. Ainsi, on pourrait mieux cerner les enjeux et les défis en matière de développement social, identifier les contraintes à lever et mettre en évidence les opportunités pouvant être saisies afin de faire en sorte que tout Burkinabé puisse accéder à un minimum social requis. Ce minimum, qui comprendrait actuellement par exemple le travail, salarié ou non, l'éducation de base, les soins de santé primaires, l'eau potable et l'assainissement de base (latrines), un logement décent, l'accès à un minimum de média, sera évidemment déterminé en fonction des ressources disponibles et les modalités de sa prise en charge seront définies de manière à rendre responsables tous les usagers des services privés, publics ou communautaires. Certes, son contenu ainsi que ses modalités de mise à disposition et de gestion évolueraient avec le temps et en conformité avec les changements opérés dans le niveau de développement technologique et institutionnel du pays mais il devrait dans tous les cas être fixé à partir des réalités nationales et avec l'implication des usagers et de l'ensemble des acteurs du développement économique, social et culturel.

SE FONDER SUR LES RÉALITÉS NATIONALES

Les réalités nationales, sur lesquelles doit se fonder la formulation d'une nouvelle politique de protection sociale, peuvent être ainsi rappelées : le Burkina est caractérisé par son enclavement et sa dépendance par rapport à l'économie mondiale, une économie faible et dominée par une agriculture de subsistance exposée à des aléas pluviométriques, un écosystème dégradé et surtout un contexte général de pauvreté frappant près de la moitié de ses habitants. Cette pauvreté, dont l'IDH rend compte de manière assez satisfaisante, revêt en réalité plusieurs formes : économique, sociale et politique. La pauvreté économique sur laquelle on insiste le plus souvent se traduit par le bas niveau des revenus des ménages. Selon l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, le revenu moyen du ménage Burkinabé, qui compte en moyenne 7,8 personnes, était en 1994 de 532 045 FCFA dont 263 895 FCFA de biens et services auto-consommés (49,6%) et 268 150 FCFA de revenu monétaire (50,4%) (INSD 1996). La part extrême de l'autoconsommation revient aux paysans se consacrant aux cultures vivrières ; suivent ceux pratiquant des cultures de rente (44,6%) ; les salariés du secteur public (35,3%) et privé (22%) et les artisans et commerçants (15,4%). Ce indique certes une assez faible emprise des forces du marché sur l'économie nationale mais explique aussi en partie la forte proportion, observée selon les méthodes habituelles d'enquête budget-consommation, des pauvres (44,5% des Burkinabé vivent au-dessous du seuil national de pauvreté établi à 41 099 F CFA par adulte et par an).

La pauvreté sociale, généralement perçue soit comme cause, soit comme conséquence de la pauvreté économique, tient au fait que la majorité des Burkinabé ont difficilement accès, aussi bien sur le plan géographique que financier, aux services sociaux essentiels "modernes" (éducation de base, soins de santé primaires, assainissement etc...) et ce dans un contexte de généralisation du modèle occidental de consommation et de rétrécissement du capital social local en la matière. Ce bas niveau de développement économique et social est en partie expliqué par la "pauvreté géographique" du pays, caractérisé par l'enclavement externe et interne et l'adversité de son environnement physique (sols, eau) compte tenu de son bas niveau de développement technologique et institutionnel et ce dans un contexte mondial fait de plus en plus d'échanges. Mais par dessus tout, il y aurait une pauvreté politique qui se manifeste par une faible participation en toute responsabilité de la majorité des Burkinabé à la gestion de tous les aspects formels de la vie nationale et par conséquent la marginalisation économique et sociale de pans entiers de la société.

La mise en corrélation de ces diverses formes de pauvreté évoque une autre, plus intégrante, qu'on pourrait, à l'échelle macro-structurelle globale, exprimer en termes

de pauvreté en “capital social” c’est à dire du manque d’un “ensemble de ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d’un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d’inter-connaissance et d’inter-reconnaissance” (P. BOURDIEU). Ceci est particulièrement vrai et important dans le cadre des relations internationales qui de plus en plus infèrent dans les choix politiques nationaux . Dans ce qu’il est convenu de qualifier de “concert des nations”, le capital social du Burkina est plutôt maigre. A l’échelle micro-structurelle c’est à dire des individus et des ménages cette privation en “capital social” est d’autant plus grave que les ressources monétaires manquent. C’est d’ailleurs pourquoi, la sagesse populaire va jusqu’à prodiguer ce conseil pour souligner la suprématie stratégique des réseaux sociaux comme meilleurs garants pour la protection sociale dans un contexte de pauvreté monétaire quasi-endémique : “ne cherche pas l’argent, cherche plutôt des personnes”.

Ces réalités patentes touchent comme nous le verrons aux fondements mêmes de l’État et doivent nécessairement être prises en compte dans les politiques de protection sociale à promouvoir dans le pays. Certes, l’État Burkinabé ne dispose pas d’une politique de protection sociale (ou plus largement de politique sociale) explicite mais toutes ses actions obéissent à des logiques et à des choix même si ceux-ci ne sont pas clairement définis. Il en est de même chez tous les autres acteurs du développement social, les ONG en particulier. Mais pour plusieurs raisons (opacité politique, insuffisance des appareils conceptuels et statistiques) on éprouve de sérieuses difficultés à appréhender les bien-fondés et les paradigmes de base des différents acteurs. On sait néanmoins qu’il y a une inadéquation entre les actions sociales menées ou suscitées par l’État et les réalités économiques, sociales, politiques, culturelles et historiques du pays comme l’a si bien indiqué l’analyse de l’éducation de base et surtout de la sécurité sociale. Cette inadéquation tire, à notre sens, ses origines dans celle des actions sociales d’essence publique conduites par l’administration coloniale que l’État Burkinabe a poursuivies après l’indépendance du pays, sans leur apporter les changements structurels nécessaires.

L’administration coloniale avait transposé plus ou moins directement certaines institutions métropolitaines (école, hôpital, sécurité sociale) au Burkina pour ses besoins et intérêts stratégiques propres mais aussi paradoxalement que cela puisse paraître, l’État Burkinabé s’est purement et simplement “approprié” de ces différents modèles et de leurs logiques sous-jacentes (paradigmes sociétaux, modèle de développement, modes de régulation de la pauvreté etc.). Dans cette métropole, la protection sociale est pourtant liée au salariat et à sa généralisation. Aussi, le paradigme sociétal et le modèle de l’État y avaient-ils fondé des politiques sociales adaptées à un contexte précis ainsi caractérisé sur les plans suivants :

historique (généralisation du salariat ; régularisation de l'ensemble de la société par l'économie libérale ; passage de la communauté rurale à une société urbaine et industrielle ; passage à la tutelle du droit) ; économique (société industrielle fondée sur le salariat et l'économie libérale) ; social (recul des solidarités communautaires et émergence de l'individualisme et construction en conséquence d'un État-Providence) ; politique et culturel (développement de l'État-Nation, des idées républicaines et d'une vision harmonieuse de la société).

Ce contexte n'était évidemment pas celui du Burkina de la période coloniale. Il ne l'était pas au moment de l'avènement de ce pays à l'indépendance ; et il l'est encore moins dans sa situation actuelle ci-dessus évoquée et qui est plutôt marquée par une pauvreté quasi-généralisée. Ainsi, l'approche selon laquelle le développement du Burkina consisterait en des modernisations par paliers successifs du milieu traditionnel qui y a inspiré les actions sociales de l'État, repose sur des paradigmes sociétaux et des modèles ayant peu ancrages avec les réalités économiques, sociales, politiques, culturelles et historiques du pays. Très peu de choses au Burkina ne permettent véritablement à son État de suivre le chemin de l'État métropolitain. Ni la nature (origine, rapport à la société) et la base économique l'État de ce pays (un mode d'accumulation extraverti) ni les fondements de "la société Burkinabé" (dualisme entre d'une part une minorité de travailleurs du secteur formel et d'autre part une majorité de paysans et de travailleurs du secteur informel) n'autorisent l'application du modèle occidental de protection sociale.

Dès lors, il était vain au Burkina de vouloir construire un État-Providence qui offrirait des services sociaux de base "modernes" à tous selon une approche universaliste. En raison des faibles performances économiques du pays et du caractère limité de ses moyens financiers et des ressources nationales, on a plutôt observé l'émergence d'un État patrimonial qui s'est progressivement développé jusqu'à la fin des années 1970. S'il est vrai que cet État patrimonial a été décrié à partir des années 1980 à la faveur des conséquences néfastes des sécheresses successives et de la récession économique qui ont frappé le pays et de l'avènement de plusieurs régimes politiques d'exception, il n'en demeure pas moins vrai qu'il subsiste sous des formes larvées malgré l'enclenchement du processus de démocratisation du pouvoir politique et l'amélioration de la gestion de la chose publique à partir du début des années 1990. Par manque structurel de ressources monétaires dans un contexte où prédomine la pratique traditionnelle du partage, les tenants du pouvoir politique ont été subrepticement amenés à développer des stratégies peu orthodoxes de redistribution qui les poussent à s'accaparer de ressources publiques au profit de leurs clientèles dont l'entretien est devenu nécessaire pour leur maintien aux positions socio-politiques appropriées.

C'est pourquoi, le modèle occidental de l'État apparaît au stade actuel comme un héritage encombrant, tout au moins en ce qui concerne l'acceptation et le rôle de l'État dans le processus du développement, social notamment. La patrimonialisation des ressources collectives liée à l'exercice du pouvoir politique et ses effets (corruption, népotisme, clientélisme etc...) tiendraient ainsi des biais enregistrés dans la vaine volonté d'application de ce modèle qui s'est avéré franchement inadapté au contexte national. Ce n'est cependant pas pour autant qu'on soit arrivé, à notre sens, à imaginer la "substance morale et éthique" susceptible d'apporter les correctifs nécessaires à la situation actuelle et surtout à concevoir un autre modèle de nation à construire en conformité avec les réalités du pays.

Certes, la décentralisation est de plus en plus présentée comme étant le meilleur moyen pour l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'équité des services sociaux et pour la garantie de leur durabilité parce qu'elle favorise la participation, à travers leurs élus, des communautés de base à toutes les décisions les concernant. Mais il est à craindre qu'elle ne reproduise tout simplement le jacobinisme social de l'État clientélaire aux niveaux régional et local et de ce fait ne mine davantage les possibilités d'épanouissement réelles des populations à ces échelles où elles sont encore plus sensibles et vulnérables. L'incrimination de l'État actuel, omnipotent quoique peu efficace en matière de protection sociale, ne devrait-elle pas être, dans ces conditions, plus nuancée ou en tout cas remise dans les différents contextes spécifiques ? En effet, on est en droit de se demander si l'État au Burkina ne devrait pas, au contraire, jouer un rôle d'autant plus important que le pays est pauvre. La mise en oeuvre d'une politique de répartition des richesses et l'octroi d'un minimum vital à tous les citoyens, et singulièrement aux groupes les plus vulnérables (pauvres, femmes, jeunes, enfants) ne nécessitent-ils pas l'existence d'un État suffisamment fort pour faire ces choix et de les faire appliquer, surtout dans le contexte actuel d'emprise croissante des forces du marché sur les services sociaux ? A ce niveau, le poids des facteurs politiques (donc ceux liés à l'État), internes et externes, nous semble des plus importants: quels que soient le taux de croissance économique envisageable du pays et le niveau de scolarisation de ses habitants, il s'avère quasi impossible pour le Burkina de sortir du cercle vicieux de la pauvreté sans d'une part une volonté politique réelle de l'État de s'y atteler et, d'autre part, la complicité agissante des forces politiques extérieures. Dans le cadre de la lutte contre cette pauvreté quasi-endémique, il s'agira en effet de redéfinir le rôle et les responsabilités de l'État en le transformant d'abord en un "nouvel État social", seul capable de réaliser un développement social du pays qui sera profitable à tous, notamment aux groupes vulnérables (pauvres, femmes, jeunes et enfants et vieux) dans le contexte actuel de la globalisation. L'ensemble des acteurs concernés devront y contribuer : État, Administration, société civile, praticiens du développement et chercheurs.

CONCLUSION

La protection sociale constitue au plan conceptuel un axe majeur des politiques sociales considérées comme étant des politiques publiques visant l'amélioration des conditions de vie des populations, et singulièrement des groupes vulnérables (pauvres, femmes, jeunes, handicapés etc.). Elle revêt par conséquent une importance particulière au Burkina où près de la moitié des ménages sont pauvres : bas niveau des revenus monétaires ; faible accès aux services sociaux de base ; faible implication dans la gestion des affaires publiques. En dépit des efforts déployés par l'État et les autres acteurs pour le développement social du pays les besoins y restent donc énormes. Des progrès ont certes été enregistrés notamment dans l'éducation de base et la santé mais il apparaît que les actions menées jusque là auraient eu de meilleurs résultats si elles étaient fondées sur les réalités économiques, sociales et culturelles du pays. L'inadéquation des politiques de l'État à ces réalités est particulièrement manifeste pour ce qui est de la sécurité sociale pour laquelle celui-ci a généré un dispositif formel concernant très peu les services sociaux les plus pertinents (travail, santé, éducation) et ne couvrant qu'à peine 5% des Burkinabé, qui sont pourtant tous inscrits dans un autre dispositif, non formel qui est de plus en plus investi par le mouvement associatif. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les forces du marché s'imposent de plus en plus dans l'offre et la demande des services sociaux et que le mouvement associatif et les collectivités locales n'ont pas les capacités de prendre la relève du secteur public qui est en recul dans ses prestations de services dans un contexte de pauvreté quasi-endémique du pays et de globalisation de l'économie néo-libérale à l'échelle mondiale.

D'inspiration occidentale, les politiques de protection sociale de l'État burkinabé ont en réalité eu peu de chances de succès parce qu'elles se sont fondées sur des paradigmes sociétaux et un modèle d'État n'ayant pas d'ancrage dans les réalités burkinabé. Avec les difficultés de construction d'un État-Providence qui offrirait les services de base à tous selon une approche universaliste, on a plutôt observé une patrimonialisation de l'État en raison du caractère limité des ressources du pays et de la refonctionnalisation du système traditionnel du partage dans de nouveaux réseaux clientélares. Des opportunités pour l'amélioration des politiques de protection sociale existent cependant : la volonté politique, tout au moins dans le discours ; l'émergence de la société civile et particulièrement des ONG dans le champ du développement social ; l'initiation de la programmation intégrée des secteurs sociaux et de la communication sociale entre les acteurs du développement. Mais pour qu'elles réussissent ces politiques devraient non seulement se fonder sur les réalités nationales mais également partir d'un diagnostic précis des logiques sous-jacentes des actions sociales en cours de l'État et des autres acteurs du développement social.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Évolution des infrastructures publiques de santé entre 1987 et 1994.....	<i>page 19</i>
Tableau n° 2 : Répartition des services privés de santé en 1994.....	<i>page 20</i>
Tableau n° 3 : Ratios personnels de santé/population en 1995.....	<i>page 21</i>
Tableau n° 4 : Évolution des effectifs des différentes catégories du personnel de santé du secteur public entre 1987 et 1994.....	<i>page 22</i>
Tableau n° 5 : Évolution de la part du budget national consacré à la santé entre 1989 et 1995	<i>page 24</i>
Tableau n° 6 : Les dix principaux motifs de consultation dans les formations sanitaires publiques en 1995	<i>page 27</i>
Tableau n° 7 : Les dix principaux motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques en 1995	<i>page 28</i>
Tableau n° 8 : Évolution des taux bruts de scolarisation au primaire entre 1992 et 1996.....	<i>page 35</i>
Tableau n° 9 : Évolution des taux de rendement moyens de l'enseignement primaire entre 1988/1989 et 1991/1992.....	<i>page 37</i>
Tableau n°10 : Taux d'abandon et de réussite en alphabétisation entre 1992 et 1995	<i>page 41</i>

BIBLIOGRAPHIE

ACCT, CEGET, CNRS (1982) : De l'épidémiologie à la géographie humaine. Table ronde " Tropique et Santé ", Bordeaux, Travaux et documents de Géographie Tropicale, N° 48

AUDE DEVELAY (1991) : Utilisation des soins de santé en milieu urbain au Burkina Faso : résultats d'une enquête par interrogatoire de ménages dans la ville de Ouagadougou. (Thèse de doctorat d'état ; médecine) Heidelberg. Université de Heidelberg.

BANQUE MONDIALE (1989) : L'Afrique sub-saharienne. De la crise à une croissance durable. Etude de prospective à long terme - Banque Mondiale Washington D-C

BAUDDON D., HENNEQUIN M., SOME L.(1984) : La poussée épidémique du choléra dans la province du sahel (juin-juillet 1984). Document Technique OCCGE, n°8532/84

CHAMBRE DE COMMERCE D'INDUSTRIE ET D'ARTISANAL DU BURKINA FASO (1992) : Données économiques et sociales Ouagadougou

CAISSE NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE (1996) : Annuaire statistique n°4 1995. Ouagadougou

CASTEL R. (1996) : La métamorphose de la question sociale in Sociologie du Travail n° 2/96.

COMTE A. (1970) : Plan des travaux scientifiques nécessaires pour réorganiser la société, Paris, Aubier-Montaigne

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL (1995) : Symposium sur le rôle et la contribution des ONG au processus de développement socio-économique du Burkina Faso, Bilan et perspectives

DECIRY-ANTHEAUME E (1996) : Stratégies des groupes vulnérables au Togo ; itinéraires trajectoires errances in "COUSSIN et VALLIN (sous la direction de), crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'Ajustement et dynamiques démographiques CEPED - EMESS - INED - INSEE - ORSTOM - Paris VI

DIRECTION DE LA RÉINSERTION SOCIALE/SECRÉTARIAT D'ÉTAT A
L'ACTION SOCIALE- UNICEF (1990) : Enquête sur les enfants et jeunes des rues

DIRECTION SANTÉ ET ACTION SOCIALE DU KADIOGO/SECRÉTARIAT
D'ÉTAT À L'ACTION SOCIALE- UNICEF (1989) Enquête pour appui aux actions
en faveur des familles nécessiteuses de la Commune de Bogodogo (Province Kadiogo)

DJIGUIMDE A. P (1997) : Analyse des déterminants de l'utilisation des consultations
prénatales en zone rurale de Bobo Dioulasso - Burkina Faso - (Thèse de doctorat
d'état ; Médecine). Ouagadougou, Université de Ouagadougou

ELOUNDOU - ENYEGUE P-F (1992) : Solidarité dans la crise ou crise des solidarités
familiales au Cameroun ? CEPED n° 22

GBIKPI P. (1995) : L'Agriculture Burkinabè - Projet d'Appui au PASA

GENTIL D., HUGONP (1996) : Le financement décentralisé Pratiques et théories
in Revue Tiers-Monde, Tome XXXVII, n° 145

GUIGUEMDE T.R.(1986) : Caractéristiques climatiques des zones d'endémie et
modalités épidémiologiques de la dracunculose en Afrique, Bulletin de la Société
de Pathologie Externe n° 79.

GUIGUEMDE T.R. et col (1984) : Les conséquences socio-économiques de la
dracunculose. Esquisse d'une méthode d'évaluation du coût de cette maladie.
Bulletin OCCGE Info, 89

ILBOUDO LAZARE (1981) : Contribution à l'étude épidémiologique de la cécité
en Haute-Volta. Thèse de Médecine, Université de Dakar 1981

INSD (1996). : Le profil de pauvreté au Burkina Faso, étude statistique nationale.
Ouagadougou

INSD (1996) : Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie
des ménages 1996

KABORE HAMADOU (1991) : Utilisation des services de santé préventifs en
milieu urbain : résultats d'une enquête par interrogatoire de ménages dans la ville
de Ouagadougou - Burkina Faso. (Thèse de doctorat d'état ; Médecine).

Ouagadougou. Université : Ouagadougou.

KOMLER Jean-Marie (1990) : Formation de base et insertion des jeunes en milieu rural au Burkina Faso, ORSTOM,

KONATE BAMORY (1984) : Le choléra au Burkina Faso : quelques aspects de l'épidémie de Ouagadougou. Août 1984. Thèse Médecine, Université de Niamey

KYELEM T (1984) : La méningite cérébro-spinale en Haute-Volta. Thèse de Médecine, Université de Dakar

LAUTIER B (1995) : "Les malheureux sont les puissants de la terre" in Revue Tiers-Monde, Tome XXXVI - n 142

LOZAC HUMEUR P.(1983) : Evolution de la lèpre en Haute-Volta de 1970 à 1981. Bulletin OCCGE Info, n°83

LOZAC HUMEUR P.(1984) : Données épidémiologiques sur la trypanosomiase dans les pays membres de l'OCCGE. De 1940 à 1984. Bulletin OCCGE Info, n°93

LUGAN B. (1995) : Faut-il recoloniser l'Afrique ?
Entretiens à Paris-Match, n 2382 du 19-1-95.

MARTIN SAMOS F.(1982) : Evaluation de la situation médico-sanitaire en Haute-Volta. Essai d'analyse pour l'utilisation rationnelle des données de routine. Ministère de la santé, Ouagadougou

MINISTÈRE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE : Registre des associations.

MINISTÈRE DE LA SANTE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE :
Rapports annuels de statistiques sanitaires. 1987, 1988, 1989, 1990.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE :
Plan de Développement du Programme de lutte contre l'Onchocercose au Burkina Faso. Ouagadougou, juillet 1990.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
(1989) : Étude de prévalence de la carence en Vitamine A chez les enfants de 0-10 ans. Ouagadougou

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
La Dracunculose au Burkina Faso : Situation épidémiologique. Plan National
d'Action. Document ronéotypé, Ouagadougou, janvier 1991.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
Statistiques sanitaires Ouagadougou 1991.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
Statistiques sanitaires 1992 Ouagadougou.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
Statistiques sanitaires 1993. Ouagadougou

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
Statistiques sanitaires 1994. Ouagadougou.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
Statistiques sanitaires 1995. Ouagadougou.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE
Table Ronde des secteurs sociaux : secteur santé. Programmes prioritaires. Tome
III. Ouagadougou. DEP

MONGA C. (1989), L'État de la pensée économique en Afrique in Jeune Afrique
Economie n° 123, septembre

OIT-PNUD-Burkina Faso (1995) : Rapport au gouvernement sur l'organisation de
la protection sociale. Ouagadougou : 146 P.

O.M.S. (1985) : Dix années de lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest.
Document OCP/GVA/ 85.1A

OUANGRE A. (1995) : Etude des dépenses liées au traitement de quatre affections
fréquentes dans les services de santé en milieu rural burkinabè. (Thèse de doctorat
d'état, Médecine). Ouagadougou. Université de Ouagadougou : 60.

OUEDRAOGO CHRISTINE FRANIATTE (1994) : L'effet de l'éducation de la
mère sur les pratiques de soins accordés à son enfant à Ouagadougou - Burkina Faso
(Thèse de Ph-D; Education). Montréal. Université de MONTREAL. : 236.

PAOLA C., POLONY A., KINDA F., OUEDRAOGO B., OUEDRAOGO J-B. (1993), Qualitative Survey et utilization of Health services, participation and Health Needs in Burkina Faso's rural communities, World Bank, AF5PH, March

PEEMANS J-P, ESTEVES A., LAURENT P-J (1995) : Stabilité politique, ethnicité et dimensions, socio-économiques de la gouvernamentalité locale, VCC, éd. AGCD

PNUD-Burkina Faso (1997) : Rapport sur le développement humain durable

REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES SOCIALES, (1996) La pauvreté ; n 148,

ROSAVALLON P. (1996) : Remettre le politique au coeur du social, in Projet n° 242

ROUX L. ET ALL.(1984) : L'épidémie de la fièvre jaune du Sud-Est du Burkina Faso (octobre-décembre 1983). Étude épidémiologique, résultats préliminaires. Médecine Tropicale, 44,4 pp. 303-309.

SONDO B., TRAORE A., SANGARE M., YOUL C.(1993) : La participation communautaire dans l'organisation des soins de santé préventifs dans la province du Houet (Burkina Faso). Santé Publique, I ; 23-27.

SONDO B., TESTA J., KONE B (1997) : Le coût financier des soins de santé : enquête auprès de femmes ayant eu un accouchement à risque. Cahiers Santé ; 7:33-7

ROEBEL P, De la pauvreté à l'exclusion : société salariale ou société des droits de l'homme, in Revue Internationale des Sciences Sociales, UNESCO, 1996, n 148.

VILLERS de G. (sous la direction) (1996) : Phénomènes informels et dynamiques culturels en Afrique in Cahiers Africains, Africa Studiers, CEDAF/ASDOC

WEHLE B.I. (1990), Réflexions sur l'emploi informel et la pauvreté urbaine in Chaire Quetelet, Intégrer population et Développement,

ZERBO PETIT JEAN (1983) : Aspects épidémiologiques de la trypanosomiase humaine africaine en Haute-Volta (1964-1981). Thèse de Médecine, Université de Ouagadougou

Le Réseau de Recherche sur les Politiques Sociales en Afrique de l'Ouest et du Centre (Réseau RPS/AOC) a été créé en Juin 1995, en application d'une résolution d'un groupe de chercheurs, décideurs et représentants de la société civile et d'agences de développement, réunis à Saly (Sénégal) à l'initiative du Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI).



OBJECTIFS:

Mener des études et des recherches en vue de produire des informations et des données pertinentes, fiables et à jour pour l'aide à la décision en matière de politiques sociales ;
Faciliter une meilleure compréhension des problèmes liés au développement social, y compris la lutte contre la pauvreté et l'inégalité selon le genre ;
Développer des méthodes, des outils et des indicateurs permettant d'analyser les politiques sociales et d'en évaluer les effets, en particulier sur les groupes vulnérables (pauvres, femmes, jeunes et enfants) ;
Promouvoir l'approche intégrée et participative dans la formulation, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des politiques sociales ;
Renforcer les capacités humaines et institutionnelles des pays et de la région par la formation des chercheurs et par la promotion de l'utilisation des recherches en sciences sociales dans la conception et la mise en oeuvre des politiques sociales et de leurs réformes.

DOMAINES DE RECHERCHE PRIVILÉGIÉS :

Développement des ressources humaines (santé, protection sociale, éducation, formation, emploi) ;
Renforcement du cadre institutionnel du développement des ressources humaines ;
Amélioration du cadre et des conditions de vie (eau potable et assainissement ; logement décent, nutrition adéquate, sécurité, loisirs) des populations ;
Évaluation de l'impact des réformes des politiques sociales (décentralisation, privatisation, facturation des services sociaux, etc...) sur les populations en particulier les groupes vulnérables (pauvres, femmes, jeunes et enfants) ;
Développement des politiques sociales adaptées et fondées sur l'équité et la justice sociale.

TRAVAUX PRIORITAIRES 1998-2000

Évaluation du processus de décentralisation des services de santé dans les pays membres du Réseau.

Pour toute information complémentaire, s'adresser à la Coordination Régionale du

Réseau RPS/AOC, CRDI Avenue Cheikh Anta Diop

B.P. 11007 CD Annexe DAKAR (Sénégal)

Tél. (221) 864 00 00 - Fax (221) 825 32 55 - E-mail: douedraogo@idrc.org.sn

COLLECTION "ÉTUDES ET TRAVAUX DU RÉSEAU RRPS/AOC"

DÉJÀ PUBLIÉ :

- N° 1 : LY EL. H et al. : "Diagnostic des Politiques Sociales au Sénégal"
- N° 2 : BATSE Z.K.M., BOTCHIE G., : "Integrating capacity building within the context of social policies
AGYEMANG-MENSAH N. for poverty reduction in Ghana"
- N° 3 : NDUMBE P. : "Women and access to health services in Cameroon"

A PUBLIER :

- N° 5 : BARRY T.M. et al : "Initiative de Bamako et pauvreté, le cas de la ville de Conakry
(Guinée)"
- N° 6 : DOUMBIA S. et al : "L'expérience des centres de santé communautaire et la stratégie
de mise en oeuvre des politiques sociales au Mali"
- N° 7 : DOULOU V. et al : "Stratégies alternatives de lutte contre la pauvreté au Congo"